

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Diplomová práce

Jan Dobiášovský

Autobiografická paměť u lidí po suicidálním pokusu

Autobiographical Memory in Suicide Attempters

Praha 2016

Vedoucí práce: PhDr. Katarína Loneková, Ph.D.

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval všem lidem, kteří se ve své nelehké situaci zapojili do výzkumu. Dále chci poděkovat PhDr. Kataríně Lonekové, Ph.D. za podnětné a trpělivé vedení při tvorbě této diplomové práce.

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 25. 7. 2016

.....
Jan Dobiášovský

Abstrakt:

Diplomová práce s názvem „Autobiografická paměť u lidí po suicidálním pokusu“ pojednává o způsobu vybavování specifických vzpomínek z autobiografické paměti u osob se suicidálním pokusem v anamnéze. Teoretická část diplomové práce vymezuje základní pojmy spojené s autobiografickou pamětí, představuje její strukturu, roli v životě a popisuje vztah autobiografické paměti k emocím, depresi a self. Druhá část představuje základní pojmy suicidálního chování, popisuje vybrané teorie a modely vzniku, metody a následky, vyhodnocení a prevenci suicidálního chování a představuje nejčastější mýty o sebevraždě. Empirická část ověřuje schopnost vybavit si konkrétní vzpomínku z autobiografické paměti, latenci při produkování vzpomínek a jejich zobecňování. Empirická část využívá Testu autobiografické paměti (AMT), Beckovu sebeposuzovací škálu depresivity pro dospělé (BDI – II), Suicide Behavior Questionnaire – Revised (SBQ-R) a dotazník Strategie zvládání stresu (SVF 78). Výzkumný vzorek tvoří 40 účastníků (20 osob po suicidálním pokusu, 20 lidí bez pokusu). Výsledky potvrdily, že lidé po suicidálním pokusu vykazují vyšší latenci při produkování specifických autobiografických vzpomínek, produkují méně specifických autobiografických vzpomínek a vykazují nižší konkrétnost autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených podnětových slov.

Klíčová slova: autobiografická paměť, suicidální pokus, sebevražděný vývoj, vybavnost paměti, podnětové slovo.

Abstract:

The diploma thesis “Autobiographical Memory in Suicide Attempters” deals with recall of specific autobiographical memories in suicide attempters. The theoretical part of the thesis defines basic concepts associated with autobiographical memory, presents its structure, role throughout the life-span, and describes relation of autobiographical memory to emotions, depression and self. The second part of the thesis presents basic concepts of suicidal behaviour, describes selected theoretical approaches and models of development of suicidal behaviour, methods and consequences, assessment and prevention of suicidal behaviour, and presents most common myths about suicide. The empirical part verifies ability to recall specific autobiographical memory, latency in recall of autobiographical memories, and tendency for overgeneral autobiographical memories. The empirical part employs Autobiographical Memory Test (AMT), Beck Depression Inventory (BDI – II), Suicide Behavior Questionnaire – Revised (SBQ-R) and The Stress Coping Style Questionnaire (SVF 78). The research sample consists of 40 participants (20 suicide attempters, 20 non-suicidal persons). The results indicate that suicide attempters show higher latency in producing specific autobiographical memories, produce fewer specific memories, and show lower specificity of memories in response to positive cue words.

Key words: autobiographical memory, suicide attempt, suicide process, memory recall, cue word.

Obsah
Seznam použitých zkratk

Úvod	9
1. Teoretická část	11
1.1 Definice autobiografické paměti	11
1.2 Struktura autobiografické paměti	12
1.2.1 Brewerův strukturální výčet.....	13
1.2.2 Model základních systémů.....	14
1.2.3 Strukturální model autobiografické paměti	15
1.3 Role autobiografické paměti v životě	17
1.3.1 Autobiografická paměť během života	17
1.3.2 Funkce autobiografické paměti.....	19
1.3.3 Vybavování autobiografických vzpomínek	20
1.4 Autobiografická paměť a její vztah k dalším fenoménům.....	23
1.4.1 Autobiografická paměť a emoce.....	23
1.4.2 Autobiografická paměť a self	26
1.5 Sebevražda - vymezení pojmů (nomenklatura).....	29
1.5.1 Za hranicemi babylonské věže.....	29
1.5.2 Rekonstrukce babylonské věže	30
1.6 Teorie a modely suicidálního chování	34
1.6.1 Interpersonální teorie sebevraždy	34
1.6.2 Suicidální proces.....	39
1.6.3 Diatéza a stres	41
1.6.4 Shneidmanův model	45
1.6.5 Ringelův presuicidální syndrom	47
1.7 Vyhodnocení a prevence suicidálního chování.....	48
1.7.1 Vyhodnocení suicidálního chování.....	49

1.7.2	Prevence suicidálního chování.....	56
1.8	Následky a metody suicidálního pokusu.....	59
1.8.1	Následky suicidálního pokusu	59
1.8.2	Metody suicidálního pokusu	63
1.9	Mýty o sebevraždě	65
1.10	Autobiografická paměť u lidí po suicidálním pokusu	71
2.	Empirická část.....	76
2.1	Cíl výzkumu	76
2.2	Výzkumné hypotézy.....	76
2.3	Metody získávání dat	77
2.3.1	Test autobiografické paměti (Autobiographical Memory Test, AMT)	77
2.3.2	Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ-R)	79
2.3.3	Beckova sebesposuzovací škála depresivity pro dospělé BDI – II	80
2.3.4	Strategie zvládání stresu – SVF 78	80
2.4	Výzkumný vzorek, kritéria pro zařazení do vzorku, sběr dat	82
2.5	Statistické zpracování a výsledky	84
3.	Diskuse.....	97
	Závěr	103
	Použitá literatura	105
	Přílohy	116

Seznam použitých zkratk:

AMT – Autobiographical Memory Test (Test autobiografické paměti)

BDI-II – Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé

CaRFAX – Capture and Rumination, Functional Avoidance, Executive Control dysfunction

EE – epizodický element

HPA – osa hypothalamus-hypofýza-nadledvinky

JEV – jednoduchá epizodická vzpomínka

NS – skupina lidí bez suicidálního pokusu v anamnéze

PNB – Psychiatrická nemocnice Bohnice

S – skupina lidí se suicidálním pokusem v anamnéze

SBQ-R – Suicide Behavior Questionnaire – Revised (Dotazník suicidálního chování – revize)

SMS – Self-Memory System (Systém self-paměti)

SVF 78 – dotazník Strategie zvládání stresu

TS – Tentamen suicidii (suicidální pokus)

USA – United States of America (Spojené státy americké)

ÚVOD

Tato diplomová práce se věnuje tématu autobiografické paměti u lidí po suicidálním pokusu. Ačkoliv se téma autobiografické paměti dynamicky rozvíjí, poznatků v této oblasti u lidí se suicidálním pokusem v anamnéze není mnoho. Téma sebevražd je stále aktuální. Ať už jde o značné množství lidí v České republice i ve světě, kteří se rozhodnou ukončit svůj život vlastní rukou nebo o nedávné obtíže se sebevražednými atentátníky, kteří se bohužel začali rozšiřovat i v Evropě.

V této diplomové práci bychom rádi představili poznatky z oblasti autobiografické paměti, a to zejména ze zahraniční literatury, neboť na toto téma v České republice nevyšla žádná monografie. Dále představíme poznatky z oblasti suicidálního chování. V této práci se nevěnujeme demografickým statistikám o sebevraždách, neboť ty jsou často uváděny v odborných i dalších zdrojích. Rádi bychom však představili i některé méně známe poznatky z této oblasti.

V teoretické části diplomové práce se budeme věnovat tématu autobiografické paměti. Definujeme si, co to autobiografická paměť je, jakou má strukturu, roli v životě člověka a nakonec popíšeme její vztah k některým dalším fenoménům. Následně si představíme téma sebevražd. V této části diplomové práce se věnujeme terminologii, ve které panuje značný chaos, což znesnadňuje orientaci v tématu sebevražd. Představíme si návrh klasifikace suicidální problematiky a vymezíme si termíny, které budeme v této práci využívat pro popisování rozličného suicidálního chování. Následně si představíme některé známé i méně známé teorie a modely vzniku suicidálního chování. V dalších kapitolách se budeme věnovat metodám a následkům suicidálního jednání, způsobům vyhodnocení suicidálního rizika a prevenci tohoto druhu chování. V neposlední řadě bychom rádi uvedli několik nejběžnějších mýtů, které se pojí se sebevraždami. V posledním oddíle teoretické části se budeme věnovat tématu autobiografické paměti u lidí po suicidálním pokusu. V této části bychom rádi představili poznatky z výzkumů, které byly ve světě uskutečněny, a to od prvního výzkumu před 30 lety do dnešní doby.

V empirické části diplomové práce se věnujeme ověření výsledků původního výzkumu, přičemž se zaměřujeme na schopnost vybavovat si specifické vzpomínky z autobiografické paměti. Budeme ověřovat stanovené hypotézy výzkumu, a to u skupiny lidí po suicidálním pokusu.

V celé diplomové práci využíváme pro zjednodušení generického maskulina, tj. využíváme mužského tvaru podstatných jmen pro souhrnné označení mužů i žen.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Definice autobiografické paměti

Téma autobiografické paměti je velmi obsáhlé a dle našeho soudu by vydalo na několik desítek monografií. V této diplomové práci se zaměřujeme na témata relevantní vzhledem k tématu a přinášíme takový přehled poznatků, který by měl poskytnout čtenářům základní orientaci v oblasti autobiografické paměti. Na některých místech v textu odkazujeme čtenáře, kteří by měli zájem o hlubší studium autobiografické paměti, na relevantní zdroje.

Autobiografickou paměť můžeme stručně definovat jako vzpomínky na zážitky z vlastního života. Baddeley (1992) uvádí 3 způsoby, jak je možné vnímat termín autobiografická paměť: „*a) jako specifický paměťový systém s oddělitelným neurologickým základem, b) jako termín, který popisuje znalosti a schémata, která tvoří paměťový základ Self, c) jako studium procesů a mechanismů, prostřednictvím kterých subjekty rozpoznávají a vybavují si události, které ve svém životě zažily.*“ (s. 14).

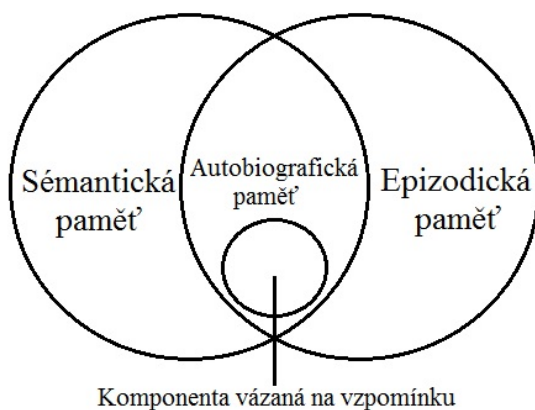
Terminologie v oblasti paměti je místy zavádějící. Eysenck a Keane (2008) uvádí, že je nutné rozlišovat mezi autobiografickou a epizodickou pamětí, i když se tyto druhy v některých případech překrývají. Ne vše, co je možné zařadit do epizodické paměti, se stane autobiografickou vzpomínkou. Autoři uvádí, že rozdíl je v důležitosti pro osobní příběh člověka. To, co má v životním příběhu význam, je možné označit jako autobiografickou vzpomínku.

Larsen (1992) navrhuje rozdělení (tabulka č. 1), které slouží k charakterizování jednotlivých informací, které se objevují během procesu vzpomínání. Dle tohoto konceptu je tedy epizodická paměť nadřazenou částí, která obsahuje autobiografickou paměť.

Kontext	Událost		
	Osobní	Neosobní	Nadřazená část
Osobní kontext	Autobiografická paměť	Narativní paměť	Epizodická paměť
Bez kontextu	Autobiografický fakt	Znalosti o světě	Sémantická paměť

Tabulka č. 1 Rozdělení paměti dle kontextu a události (Larsen, 1992).

Baddeley (2012, s. 72) uvádí přehledné rozdělení druhů paměti (obrázek č. 1). Odděluje sémantickou (např. „Paříž je hlavní město Francie.“) a epizodickou paměť (např. „Právě někdo zmínil slovo Francie.“), které se protínají a společně tvoří autobiografickou paměť (např. „Osobně jsem navštívil Francii.“). Podkategorií je komponenta vázaná na vzpomínku (např. „Vzpomínám si, že jsem při poslední návštěvě Paříže viděl slavíka.“).



Obrázek č. 1 Rozdělení paměti (Baddeley, 2012).

Anderson a Conway (1997) dále uvádí potřebu odlišit autobiografickou (týká se znalostí o vlastním životě) a sémantickou paměť (týká se znalostí o okolním světě), k čemuž využívá přílehlavou metaforu: „... *autobiografická paměť je jako deník, sémantická paměť je jako encyklopedie.*“ (s. 221).

V této práci chápeme autobiografickou paměť jako oblast, která obsahuje veškeré vzpomínky na zážitky prožitého života, bez ohledu na důležitost jednotlivých vzpomínek. Podstatnou podmínkou je, aby se vzpomínky vztahovaly k jedinci, který je popisuje.

1.2 Struktura autobiografické paměti

V této kapitole bychom rádi představili různé způsoby strukturování autobiografické paměti. Jelikož je mnoho přístupů ke struktuře paměti, vybrali jsme několik základních teoretických konceptů. Zájemcům o hlubší studium tohoto tématu doporučujeme zdařilou publikaci *Understanding Autobiographical Memory* (Berntsen & Rubin, 2012), ze které jsme čerpali při vytváření této kapitoly.

1.2.1 Brewerův strukturální výčet

Tuto klasifikaci druhů lidské paměti vytvořil Brewer (1986), který využil 3 komponenty pro rozdělení paměti: podmínky při nabytí vzpomínky, druhy zobrazení a typy vstupu. Následující tabulka č. 2 představuje toto rozdělení. Vzhledem k zaměření této diplomové práce, se dále věnujeme pouze té části, která souvisí s autobiografickou pamětí. Jedná se o sloupec, který je v tabulce označen jako „Ego-self“.

Podmínky při nabytí a druhy zobrazení	Typy vstupu			
	Ego-self	Vizuálně-prostorový (objekty, místa)	Vizuálně-časový (události, činnosti)	Sémantický
<i>Jednorázová událost</i>				
Obrazová	Osobní vzpomínka	Konkrétní obraz (odosobněný)	Konkrétní obraz (odosobněný)	Obraz modality vstupu
Bez obrazu	Autobiografický fakt	Konkrétní schéma nebo mentální model	Konkrétní scénář nebo plán	Fakta
<i>Opakující se událost</i>				
Obrazová	Obecná osobní vzpomínka	Obecná smyslová vzpomínka	Obecná smyslová vzpomínka	Bez obrazu
Bez obrazu	Self-schéma	Schéma	Scénáře	Znalosti

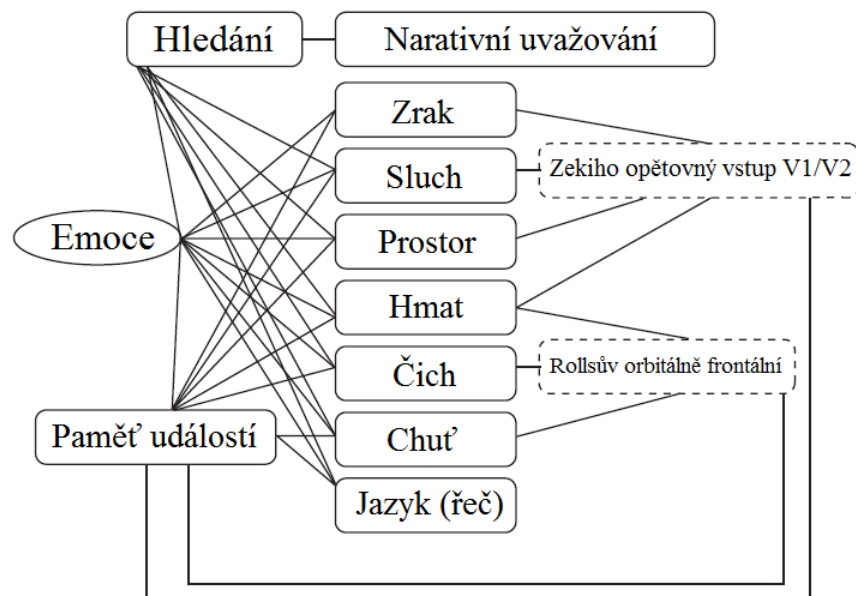
Tabulka č. 2 Strukturální výčet paměti (Brewer, 1986).

Brewer (1986, s. 26) definuje jednotlivé druhy, které mohou být zahrnuty do autobiografické paměti. **Osobní vzpomínka** (anglicky *personal memory*) představuje zážitek mentálního obrazu, který je ve spojitosti s určitou osobní příhodou (např. mohu mít vzpomínku na návštěvu pražské ZOO, kde jsme navštívili pavilon šelem, přičemž během této návštěvy jsem viděl lva Karla, který začal řvát a já jsem se rozběhl). **Autobiografický fakt** (anglicky *autobiographical fact*) je způsob vyvolání vzpomínky, kdy dochází k vybavení si určitého faktu z mého života, a to bez mentálního obrazu (např. vybavuji si, že jsme byli v ZOO ten rok ještě jednou a nic podobného se během návštěvy nestalo). **Obecná osobní vzpomínka** (anglicky *generic personal memory*) představuje vzpomínky na opakující se události, které jsou doprovázeny mentálním obrazem (např. vybavuji si jaké to je procházet se v pražské ZOO a jet místní lanovkou; mohu zažívat obecný obraz toho, jaké to je se rozhlížet ze sedačky a koukat na voliéra se supy). **Self-schéma** (anglicky *self-schema*) je „kognitivní struktura, která obsahuje obecné znalosti o sobě samém“ (s. 27). Část informací o vlastní osobě je soukromá

(přístup k těmto informacím má pouze daná osoba) a část je veřejná, tj. přístupná pro pozorovatele. Všechny tyto druhy představují části autobiografické paměti. Rozlišují, zda se vzpomínka váže k jednorázové, nebo opakující se události a zda je vzpomínka doprovázena mentálním obrazem.

1.2.2 Model základních systémů

Dle tohoto modelu jsou veškeré autobiografické vzpomínky utvářeny vzájemným působením základních systémů (Rubin, 2012). Obrázek č. 2 znázorňuje, jakým způsobem se jednotlivé systémy ovlivňují. Autor mezi základní systémy zahrnuje: paměť spojená s událostmi (anglicky *event memory*), hledání a vybavení, zrak, sluch, prostorové vnímání, hmat, čich, chuť, jazyk (řeč), emoce a narativní uvažování. Zekiho opětovný vstup a Rollsův orbitálně frontální systém znázorňují ty formy (společného působení), které jsou lokální a obsahují jen několik podsystémů, např. Zekiho obsahuje zrak, sluch, hmat, prostorové vnímání a představuje proces, ve kterém dochází k opětovnému vstupu z vizuální koordinace do koordinace prováděné prostřednictvím více smyslů. Autor dále uvádí, že vzpomínky, které se vážou pouze k jednomu ze systémů, mohou být zkoumány prostřednictvím aktivity v příslušném systému. Pokud jsou vzpomínky vázány na více systémů, mohou být zkoumány prostřednictvím aktivity v zapojených systémech a také prostřednictvím interakce mezi těmito systémy. **Autobiografické vzpomínky** jsou komplexní povahy a jsou vázány na více systémů. Stabilita a změna autobiografických vzpomínek je způsobena schématy a interakcí jednotlivých systémů. Tento model popisuje nejen strukturu (systémy), ale také dynamický proces ukládání a vybavování autobiografických vzpomínek.

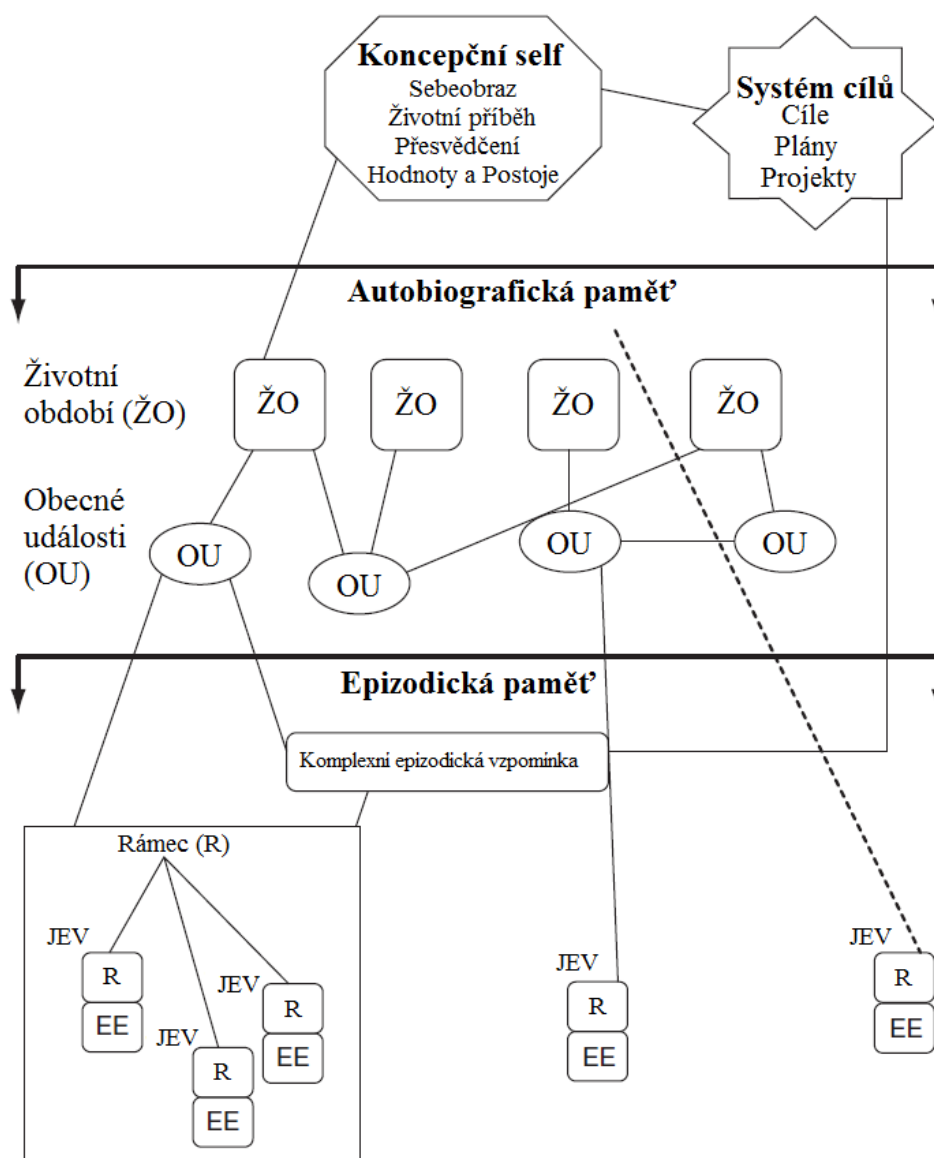


Obrázek č. 2 Model základních systémů (Rubin, 2012).

1.2.3 Strukturální model autobiografické paměti

Tento model autobiografické paměti předpokládá, že „vzpomínky jsou dynamicky tvořeny spíše *‘on-line’*, než přímo vyvolávány z paměti“ (Conway, 1992, s. 167). Autobiografická paměť je vytvářena následujícím způsobem: obecný proces zapamatování ukládá do dlouhodobé paměti fenomenologické zážitky a tematické znalosti spojené s významem události, následně dochází k jejich propojení, čímž vzniká autobiografická paměť.

Tento model dále rozpracovali Conway a Jobson (2012) a nazvali ho systém self-paměti (anglicky *self-memory system*, SMS). Autoři uvádí, že autobiografická paměť je úzce spjata se self (já). Následující obrázek č. 3 znázorňuje strukturu a způsob propojení mezi jednotlivými druhy paměti. V této diplomové práci využíváme anglické slovo „self“, a to ve smyslu „já“, tj. není vázáno na žádnou konkrétní teorii self. Tuto variantu jsme zvolili vzhledem k tomu, že je používána v anglické literatuře, tudíž použití původního slova usnadní orientaci případným zájemcům o hlubší studium této problematiky.



Obrázek č. 3 Strukturální model self-paměti (Conway & Jobson, 2012).

Conway a Jobson (2012) uvádí, že nejmenší jednotkou je **epizodický element (EE)**, který se vyznačuje tím, že ho nelze vědomě vyvolat, nýbrž je zapotřebí přímého podnětu, který tento prvek vyvolá, tj. musí být v nějakém vztahu k obsahu EE. Epizodický element se přidružuje k přetrvávajícím konceptuálním znalostem, které tvoří **rámec** pro jednotlivé EE. Spojením EE a rámce vzniká **jednoduchá epizodická vzpomínka (JEV)**. Pokud dojde ke sdružení několika JEV, vzniká **komplexní epizodická vzpomínka**. Rámce a komplexní epizodické vzpomínky se poté stávají v paměti **obecnými událostmi**, které se dále pojí s **životním obdobím**, ve kterém vznikly. Tento model předkládá úzké propojení self a autobiografické paměti, resp. její důležitosti při vytváření self. Ačkoli při vybavování z autobiografické paměti dochází k vynořování minulých zážitků do současnosti, nejedná se o

znovuprožívání tohoto zážitku, nýbrž o prožívání vzpomínky, tj. neprožíváme událost tak, jak se skutečně stala, ale pouze tak, jak si myslíme, že se stala. Více informací o tomto modelu a vztahu autobiografické paměti a self uvádíme v kapitole č. 1.4.2 (s. 26).

1.3 Role autobiografické paměti v životě

Autobiografická paměť hraje důležitou roli během celého života člověka a podílí se na tvorbě self, tj. spoluvytváří to, kým jsme. V této kapitole se seznámíme s různými aspekty autobiografické paměti v rámci průběhu života a představíme si funkce, které tento druh paměti plní. Poslední část je věnována procesu vybavování autobiografických vzpomínek. Tato kapitola popisuje stav u obecné populace, bez poruch paměti.

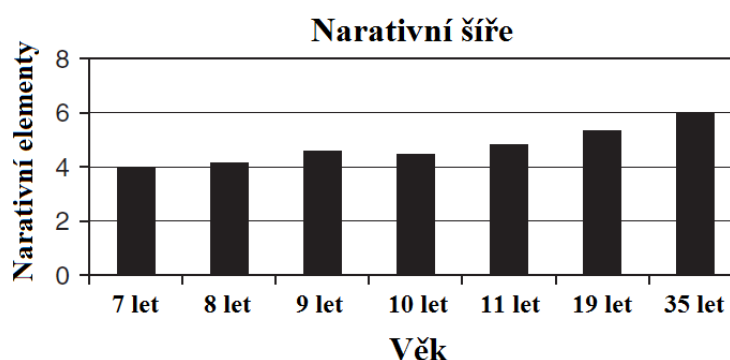
1.3.1 Autobiografická paměť během života

Distribuce autobiografických vzpomínek se v průběhu života mění a je charakterizována kombinací tří komponent – 1) nejvíce zapamatovaných událostí je z posledních 20 – 30 let života, 2) dětská amnézie na nejranější léta a 3) u lidí nad 35 let se objevuje vzpomínání (anglicky *reminiscence*) na proběhlý život (Rubin, Wetzler & Nebes, 1986).

Začátek autobiografických vzpomínek můžeme sledovat průměrně okolo 3,5 roku věku, přičemž mezi jednotlivými lidmi jsou značné rozdíly a někteří lidé si vybavují málo (příp. nic) z toho, co se dělo před 8 – 10 rokem věku (Nelson, 2003). Autorka dále uvádí, že velké množství epizodických vzpomínek je prchavé a jen z některých z nich se stanou autobiografické vzpomínky, které mohou přetrvávat dlouhou dobu (roky, desetiletí, celý život). Autobiografické vzpomínky jsou ty epizodické vzpomínky, které jsou pro jedince významné.

Bauer (2012) uvádí, že lidé podávají své autobiografické vzpomínky narativním způsobem (kvalita tohoto druhu vzpomínek). Z tohoto hlediska můžeme sledovat dvě komponenty – kompletnost a koherenci. U těchto dvou komponent můžeme sledovat jejich míru, která se během života mění. Za kompletní můžeme považovat ty vzpomínky, které obsahují následující prvky: *kdo* (byl součástí události), *co* (předmět události), *kde* (místo události), *kdy* (časové zakotvení události), *jak* (způsob, jakým reagoval jedinec, který vzpomínku produkuje) a *proč* (z jakého důvodu se událost odvíjela tak, jak si jedinec pamatuje). Za koherentní vzpomínku pak autorka označuje takové převyprávění, které umožňuje případnému posluchači porozumět události. Resp. taková vzpomínka, která tvoří smysluplný celek (pro vzpomínajícího, příp. další osoby).

Bauer a Larkina (2014) zkoumaly narativní šíři u dětí a dospělých (7 – 11 let, mladí dospělý tvoří skupinu s průměrným věkem 19, dospělý s průměrným věkem 35). Předložily 20 podnětových slov a respondenti měli za úkol produkovat krátké vyprávění – popis vzpomínky, která se objevila při expozici podnětového slova. Narativní šíře se skládá z těchto prvků: kdo byl účastníkem, co bylo předmětem vzpomínky (objekt), co vzpomínaný dělal (činnost), kdy k události došlo, kde se stala, jak se stala (popis) a jak z pohledu vzpomínaného proběhla (vysvětlení). Následující graf č. 1 znázorňuje míru narativní šíře vzhledem k věkovým skupinám (max. 8 bodů). Autorky zjistily, že statisticky významný rozdíl je mezi mladými dospělými a dětmi ve věku 7 a 8 let. Avšak již mezi dětmi 9 – 11 let a mladými dospělými nezjistily statisticky významný rozdíl.



Graf č. 1 Narativní šíře u věkových skupin (Bauer & Larkina, 2014).

Z hlediska koherence a kompletnosti můžeme sledovat následující vývoj v životě (Bauer, 2012). U nejmladších dětí (cca do 3 let) dochází k tomu, že při nabídnutí vzpomínky někým druhým ji pouze potvrdí/popřou. Okolo 3,5 roku věku sdílí obsah paměti, avšak vyprávění postrádá prvky kompletnosti a koherence (příp. pokud se objevují elementy kompletnosti, tak netvoří koherentní celek). Již od 8. roku začínají děti postupně tvořit autobiografické vzpomínky jako dospělí, tj. zvyšuje se šíře výpovědí, koherence příběhu a míra užitého výraziva. Dále dochází k integraci jednotlivých epizod do životního příběhu. Tento trend roste až do období dospívání a mladé dospělosti, kdy se objevuje vysoká míra kompletnosti a koherence. Autorky uvádí, že toto období je nejplodnější, neboť dochází k upevňování self, které z části tvoří životní příběh jedince.

Během pozdní dospělosti (senioři) se objevují rozdíly v počtu detailů (nižší konkrétnosti) u autobiografických vzpomínek (Fitzgerald & Broadbridge, 2012). Tento proces má nejspíše několik příčin: 1) dochází k poklesu ve volném vybavování z autobiografické paměti, 2) přehodnocování a zaměření na cíl komunikace (vyřazení „nepodstatných“ detailů) a

3) při opakovaném zážitku selhání v produkci detailů u vzpomínek, dochází k zaměření na podstatu vzpomínky, nebo k většímu zaměření na externí (sémantické) detaily.

Společným prvkem, který se objevuje u všech lidí, je *dětská amnézie*. Jedná se o neschopnost vybavit si vzpomínky, které se datují před pátý rok věku. Důvodem je deficit v kódování zážitků do paměti, nízká konkrétnost při kódování a selhání při vybavování vzpomínek (Wetzler & Sweeney, 1986). Bauer (2012) uvádí, že k dětské amnézie se týká prvních tří čtyř let života a podstatná ztráta vzpomínek z mladšího období začíná již v dětství, a to mezi 5,5 a 7,5 rokem věku.

Wright a Gaskell (1992) předpokládají, že důvodem je nevytvoření takové sady vědomostních struktur, jakou mají dospělí. K tomuto jevu dochází tak, že dítě kóduje informace v raném stádiu, přičemž používá nedostatečné způsoby kódování. Takto vzniklé vědomostní struktury mohou být zpřístupněny pouze prostřednictvím podnětů, které jsou v souladu s těmito strukturami a způsobem kódování. Jelikož se způsob kódování a tvoření vědomostních struktur v určitém roce věku (v dětství) mění, je nepravděpodobné, že by do nich měl starší jedinec přístup.

Bauer a Larkina (2014) rozporují, že by dětská amnézie vznikala v důsledku nedostatečné významnosti epizodických vzpomínek v raném věku, příp. absencí klíčových prvků pro zařazení do autobiografické paměti. Uvádí, že se nejedná o kvalitativní změnu, nýbrž o zamezení přístupu k dřívějším vzpomínkám, ke kterému dochází v průběhu života, tj. probíhá v dětství i dospělosti.

Další zajímavostí je *náhlý vzestup vzpomínání* (anglicky *reminiscence bump*), který se objevuje okolo 35 roku věku. Jedná se o zvýšené vyvolávání vzpomínek z období mezi 10 – 30 rokem života (Williams, Conway & Cohen, 2008). Důvodem může být novost vzpomínek z tohoto období (tj. odlišují se od ostatních vzpomínek tím, že se jedná o první zážitky a také důležitosti daného rozmezí, neboť v něm dochází k tvoření vlastní identity – self.

1.3.2 Funkce autobiografické paměti

V dostupných zdrojích se dočteme o rozličných funkcích autobiografické paměti. Robinson a Swanson (1990) uvádí následující výčet funkcí: a) slouží k interpretaci činnosti druhých lidí (na základě vlastní zkušenosti), b) napomáhá k udržování a rozšiřování interpersonálních vztahů, c) hraje roli při regulaci emocí a d) podílí se na definování self (vlastní identity). Hyman a Faries (1992) uvádí následující funkce, které zastává autobiografická

paměť: a) komunikativní (zaměřuje se na interpersonální cíle), b) psychodynamická (podílí se na definování self a regulaci emocí) a c) řídicí (ovlivňuje chování).

V novější literatuře nacházíme následující rozdělení do tří hlavních funkcí, které se projevují u autobiografické paměti:

- Sociální – Pillemer a Kuwabara (2012) uvádí, že tato funkce má vliv na interpersonální interakci, a to prostřednictvím sdílení vzpomínek z autobiografické paměti. Alea a Bluck (2003) uvádí, že sociální funkce má 3 části: *intimity* (iniciování, udržování a budování intimity v mezilidských vztazích), *učení/informování* (podílí se na předávání zkušeností, udílení rad, učení a informování druhých) a *empatie* (získávání empatie a ujištění od ostatních lidí, vyjadřování empatie druhým).
- Self – podílí se na tvorbě osobní identity, pocitu koherence a kontinuity v čase (Pillemer & Kuwabara, 2012). Lidé, kteří ztratí přístup k autobiografickým vzpomínkám, ztrácí identitu. Williams, Conway a Cohen (2008) uvádí, že aby bylo dosaženo pocitu koherence v souvislosti s aktuálním self, dochází v některých případech ke změně, zkreslení a vykonstruování vzpomínek.
- Řídicí – Pillemer a Kuwabara (2012) uvádí, že tato funkce slouží k využívání autobiografických vzpomínek k rozhodování v současnosti a řízení budoucího chování. Olivares (2010) dodává, že tato funkce pomáhá při vytváření smyslu prožité zkušenosti (minulost), což umožňuje řídit současné i budoucí chování a tento proces nazývá „autobiografické uvažování“ (anglicky *autobiographical reasoning*). Řídicí funkce pomáhá i při řešení problémů – objeví-li se nový problém, není účinné využívat abstrahované poznatky z minulosti, nýbrž vhodnou strategií je hledání specifických zážitků v autobiografické paměti, které jsou relevantní pro daný problém (Williams, Conway & Cohen, 2008).

1.3.3 Vybavování autobiografických vzpomínek

V anglicky psané literatuře se setkáváme s několika slovy, které autoři používají při popisu procesu vybavování. Jsou to – *recall*, *retrieval* a *remembering*. Tato slova plní funkci synonym a můžeme je přeložit jako opětovné vybavení, vyhledání a vzpomínání. Je však nutné vnímat použití těchto slov v kontextu celého textu (odborný článek, kniha), neboť v některých případech je autoři využívají v určitém specifickém významu. V této práci využíváme těchto slov jako synonym pro proces vybavení si autobiografické vzpomínky z paměti.

„V našem mozku neexistují specifické vzpomínky, ale pouze způsoby pro přetváření minulých dojmů, kterými můžeme přeměnit nekoherentní, fantaskní svět paměti ve skutečnou realitu.“ (Barclay & Smith, 1992, s. 79). Autoři zastávají názor, že vzpomínky jsou výsledkem procesu *kognitivního odůvodnění pocitů*, což má za následek rekonstrukci minulých událostí, nikoliv jejich přesnou rekonstrukci. Tento fakt ukazuje na těsné propojení autobiografických vzpomínek a emocí. Rekonstrukce vzpomínek je často prováděna v sociální interakci a je ovlivněna kulturním kontextem. Vzpomínky nejsou pravděpodobně stabilní, ale mění se, a to takovým způsobem, aby daly význam pocitům, které jsou se vzpomínkou spojeny. Autobiografické vzpomínky slouží jako adaptivní proces, který udržuje pocit osobní koherence a propojenosti s ostatními lidmi.

Conway (2005) uvádí 2 způsoby (oba mohou vést ke stejné vzpomínce, ale také nemusí), kterými si vybavujeme vzpomínky z autobiografické paměti:

- **Přímý** (anglicky *direct retrieval*) – jedná se o asociační proces, ve kterém jsou k vybavení autobiografické vzpomínky využity podněty (anglicky *cues*, např. slovo, vůně, obrázek apod.), které se propojí se specifickou vzpomínkou v paměti a tím ji vyvolají do vědomí. Tento proces je automatický, nevyžaduje větší úsilí na získání vzpomínky a lze ho popsat jako proces zdola nahoru (anglicky *bottom-up process*), tj. od malých částí k velkým.
- **Reprodukční** (anglicky *generative retrieval*) – tento proces lze charakterizovat jako aktivní vyhledávání shora dolů, což vyžaduje určitou míru úsilí na vyhledání vzpomínky. Tento proces se vyznačuje záměrným a aktivním hledáním podnětů, které mohou vést k požadované vzpomínce (např. chci si vybavit, co jsem dělal minulé léto v červenci – začnu tím, že si vybavím možné scénáře – dovolená/zaměstnání a zkoumám, zda se objeví zpřesňující vzpomínka). Obvykle začíná tento proces na úrovni životních období a obecných událostí.

Dijkstra a Kaup (2005) dodávají, že vybavení specifické autobiografické vzpomínky je snazší tehdy, když jsou podněty zasazeny do kontextu životního období, ve kterém vznikly. Výbavnosti též napomáhá dobře zvolený podnět, u kterého hraje roli jeho přísné/volné vymezení. K lepšímu vybavení přispívá, když je podnět otevřenější, tj. jako podnět použijeme životní období, činnosti (např. podnětová slova „poslech hudby“). Horších výsledků lidé dosahují tehdy, když jsou podněty příliš specifikované a konkrétní (např. podnět: „kamarád Milivoj“). Autorky tyto mechanismy zkoumaly na skupinách mladších a starších dospělých.

Zjistily, že skupina starších dospělých si vybavuje spíše významné události vztažené k vlastní osobě, pozitivně laděné a emočně intenzivní. Důvodem je vyšší pravděpodobnost, že starší dospělí již takové události ve svém životě zažili.

Vybavování z autobiografické paměti můžeme sledovat i z kvalitativního hlediska. Robinson a Swanson (1990) uvádí a definují následující prvky, které odlišují osobní vzpomínky od neosobních:

- **pocit vlastnictví** – vzpomínka, kterou jedinec prožívá, je vnímána jako jeho součást, náleží mu; některé vzpomínky během života tuto kvalitu ztrácí, např. při radikální změně v životě; jedná se o vztah minulost – přítomnost, minulé self – současné self,
- **znovuprožití** dosahující kvality původního zážitku (anglicky *phenomenal re-experiencing*) – při vybavení vzpomínky se často dostavuje pocit, jako bychom vzpomínku znovu prožívali, což je způsobeno hojně se vyskytujícím jevem, kdy je vzpomínka doprovázena živými a barvitými mentálními obrazy (vizualizace); čím vyšší je stupeň vizualizace, tím intenzivnější je pocit znovuprožívání; u většiny lidí jsou autobiografické vzpomínky doprovázeny obrazy (spíše než zvuky a pachy), což je dáno dominantním postavením zraku ve vnímání světa; čím živější jsou vzpomínky, tím jsou si lidé jistější, že událost takto zažili a tento fakt ovlivňuje jejich chování, předpoklady a postoje, které jsou ve vztahu ke vzpomínce,
- **perspektiva** vzpomínky – autoři uvádí, že lidé si vybavují vzpomínky z hlediska perspektivy, a to dvěma způsoby: a) vzpomínku prožívají z pohledu první osoby, tj. někoho, kdo je přímo „uvnitř“ vzpomínky, b) z pohledu třetí osoby, pozorovatele (v tomto případě se jedná spíše o rekonstrukci vzpomínky než o pouhé vybavení); tento prvek není přímo kvalitou vzpomínky, nýbrž kvalitou, která se váže k procesu vybavování.

Linton (1986) nabízí následující výčet metod, které lze využít při výzkumu autobiografické paměti:

- 1) *Sledování vzpomínek* – principem této metody je pečlivý záznam všech vzpomínek, které se objeví a splňují požadavky kladené zaměřením výzkumu. Záznam je prováděn přímo probandem, a to např. v psané formě (notes), zvukovým záznamem (diktafon). Nevýhodou tohoto přístupu je nárok na disciplínu probandů.

- 2) *Myšlenky, které přichází spontánně* – jedná se o sledování vzpomínek, které vyvstanou jako vedlejší produkt při hledání jiných informací v paměti. Též přichází v momentech, kdy se nám podaří uklidnit mysl a vytvořit tzv. „prázdnou hlavu“. Důvodem, proč se takové vzpomínky hlásí o pozornost, je jejich důležitost. Čím důležitější jsou, tím častěji se objevují.
- 3) *Volné vybavování způsobené časovým podnětem* – při této metodě je využito otevřených otázek, které jsou zakotveny v určitém časovém období (např. „Co si pamatujete z léta v roce 2015?“). Lze využít i variantu, která obsahuje menší jednotky, např. „Vzpomeňte si, co jste dělal minulý týden v pondělí odpoledne.“. Při větší konkretizaci zadání dojde k pozměnění obsahu vzpomínky.
- 4) *Kategorické vybavení* – v rámci tohoto způsobu využíváme omezení požadovaných vzpomínek na určitou kategorii, např. „Povězte mi něco o Vašich botách, které jste nosil jako dítě.“.
- 5) *Vybavení na základě podnětu* – to, zda bude vzpomínka naplňovat požadavky na kompletnost a přesnost, je ovlivněno správným zvolením vhodného podnětu, např. podnětového slova. Během výzkumu je možné využít jeden podnět nebo více podnětů, které tvoří řetězec, jenž má podnítit vyšší produkci vzpomínek. Využití řetězce podnětů do určité míry simuluje způsob, který v životě běžně využíváme.
- 6) *Rozpoznání* – rozpoznávání událostí je těžší, než rozpoznání dříve viděného obrázku nebo slova, neboť vzpomínky na události jsou abstraktní povahy. Autor uvádí, že i v případě využití obrazového záznamu události, dochází k horšímu vybavování, neboť obraz nemůže zaznamenat komplexní povahu zážitku.

1.4 Autobiografická paměť a její vztah k dalším fenoménům

V této kapitole přiblížíme vztah autobiografické paměti k rozličným fenoménům. Velmi důležitý je vztah k emocím, zejm. depresi. Dále představíme souvislosti mezi autobiografickou pamětí a self.

1.4.1 Autobiografická paměť a emoce

Vzpomínky s emočním nábojem a vzpomínky na samotné emoce jsou důležitou součástí lidské existence. Pozitivní vzpomínky nám mohou v těžkých chvílích pomoc překonat nepříznivé události. Negativní naopak mohou prohlubovat stávající negativní nastavení, pocity bezmocnosti a nedůvěry ve změnu.

Williams, Watts, MacLeod a Mathews (1997) zkoumali proces vybavování si zážitků s emočním doprovodem a zjistili, že lidé mají tendenci si vybavovat objektivní okolnosti události, která byla vyvolána emočním podnětem. Dále uvádí, že emoce může být obnovena, nikoliv pouze čistě vyvolána jako vzpomínka, což je v důsledku implicitního (neuvědomovaného) procesu, který umožňuje vyvolání emoční komponenty, a to bez vyvolání události, která nesla emoční náboj. Důležité je, jak je tato emoce vnímána. Nezáleží tedy na přesném vyvolání vzpomínky. Autoři uvádí příklad, že je možné tento proces sledovat během psychoterapie, kdy klient/pacient sděluje, že ho vzpomínaná událost nezasáhla, přesto znatelně projevuje při vyprávění zážitku emoce.

Emočně zabarvené vzpomínky jsou rekonstruovány v době jejich vyvolání, a tím jsou náchylné ke zkreslení a bývají nekonzistentní (Holland & Kensinger, 2010). Přítomnost emocí v době zážitku zvyšuje pravděpodobnost uložení, uchování a vyvolání v budoucnu. Emoce, které cítíme během vyvolání vzpomínky, silně ovlivňují způsob, jakým rekonstruuje zážitky a emoce z minulosti. K nepřesnostem a nedokonalosti dochází i u významných autobiografických vzpomínek, což je možné vnímat jako problém i jako pozitivní aspekt, neboť zkreslení umožňuje udržet koherentní self. Lze říci, že čím pozitivnější zkreslení, tím pozitivnější obraz self a následně i pozitivnější výhled do budoucna.

D'Argembeau, Comblain a Van der Linden (2003) porovnávali pozitivní, negativní a neutrální vzpomínky u skupiny studentů a zjistili, že pozitivní vzpomínky jsou častěji doprovázeny smyslovými vjemy (zrak, chuť, čich) a obsahují více kontextuálních detailů (čas, místo). Negativní vzpomínky nemají více detailů než neutrální. Pozitivní i negativní vzpomínky jsou vybavovány z pohledu první osoby.

Náhlý vzestup vzpomínek na pozitivní události nastává v období mladší dospělosti, pro negativní události se objevuje ve střední dospělosti (40 let) a zvyšuje se s věkem (Leist, Ferring & Filipp, 2010). Muži si nejčastěji vybavují pozitivní zážitky z období 30 – 40 let, ženy z období 20 – 30 let. Lidé, kteří produkují více vzpomínek na negativní události, využívají autobiografickou paměť takovým způsobem, aby jim negativní události dávali smysl. Během tohoto procesu může docházet ke zkreslování a překrucování vzpomínek, neboť čím méně pozitivních vzpomínek, tím méně pozitivní výhled do budoucna.

Levine, Lench a Safer (2009) uvádí dva druhy emočních vzpomínek: a) *explicitní*, které mohou být vyvolány záměrně (v kterékoliv situaci) a b) *implicitní*, které se objevují ve spojitosti

s podnětem, který má podobné vlastnosti jako původní zážitek, ve kterém vznikla emoce. Oba druhy podléhají zkreslení (dle aktuálního vyhodnocování minulosti) a zapomínání.

Důkladně zkoumaným fenoménem v souvislosti s autobiografickou pamětí je **deprese**, tj. stav spojený se skleslou náladou, snížením energie a aktivity, pocity bezcennosti, pesimismem, negativním výhledem do budoucnosti, sebepoškozováním a suicidálním chováním.

Příliš obecná paměť (anglicky *overgeneral memory*) a s ní spojená malá specifická (konkrétnost), je důležitým aspektem autobiografické paměti u lidí s depresivními symptomy. Williams (1995) uvádí, že příliš obecná paměť není vázána na stav deprese, neboť zůstává i po odeznění depresivních symptomů.

Hermans et al. (2008) přináší poznatky o roli příliš obecné paměti v predikci průběhu deprese. Nejtěžší průběh deprese lze očekávat u lidí s velkou tendencí zobecňovat. I po týdnech léčby naplňují kritéria deprese ti lidé, kteří vykazují příliš obecnou autobiografickou paměť, což se projevuje nízkou specifitou vybavovaných vzpomínek. Autoři uvádí, že Test autobiografické paměti (AMT) je spolehlivým nástrojem pro predikci průběhu deprese. Dále uvádí, že je však nutné rozlišovat pojetí deprese – příliš obecná paměť se spíše pojí s depresivitou, která je vymezena Hamiltonovou škálou depresivity (zaměřená na somaticko-vegetativní projevy), než s jinými nástroji na měření deprese.

Debeer, Hermans a Raes (2009) dávají do souvislosti specifickou a *ruminace*, které se objevují u depresivních osob. Ruminace je opakované zaobírání se pocity (v tomto případě negativními, depresivními) a jejich příčinami, smyslem a důsledky. Autoři definují 2 komponenty ruminace:

- **reflexe** (anglicky *reflection*) – smysluplné obrácení pozornosti do vnitřního světa jedince, a to za účelem odstranění příčin deprese, tj. analyzování nedávných událostí, aby jedinec zjistil, proč je depresivní; spíše adaptivní komponenta,
- **přemítání** (anglicky *brooding*) – přemýšlení o náladě, přemítání nad aktuální situací a přání, aby se situace zlepšila; pasivní reflexe a srovnávání aktuální situace s nedosaženým standardem; spíše maladaptivní komponenta, která je významně propojena se sníženou specifitou autobiografických vzpomínek a působí jako mediátor mezi příliš obecnou pamětí a depresí.

Barnhofer, de Jong-Meyer, Kleinpaß a Nikesch (2002) uvádí, že depresivní osoby si nevybavují specifické vzpomínky v takové míře jako nedepresivní. Produkují však sekvence po sobě jdoucích kategorických (opakujících se) událostí, např. v dětství, když jsem byl zaměstnaný apod. Autoři dále předkládají závěry ze svého výzkumu, kdy skupina depresivních osob vykazovala celkem signifikantně vyšší počet vzpomínek, avšak jednalo se zejm. o řetězce kategorických vzpomínek (jedna vedla k druhé), které postrádaly specifitu. Tento mechanismus vysvětlují méně soustředěným vyhledáváním v paměti, během kterého dochází k horizontálnímu prohledávání, nikoliv vertikálnímu, tj. při vybavování se soustředí stále na stejnou úroveň, místo toho, aby postupovali vertikálně ke konkrétnostem a detailům. Autoři podávají i vysvětlení pro větší počet vyprodukovaných vzpomínek u depresivních osob – kategorická vzpomínka podporuje další vzpomínání, specifická již ne, neboť bylo dosaženo cíle, tj. vybavení si konkrétní vzpomínky.

U afektivních poruch a posttraumatické stresové poruchy je příliš obecná autobiografická paměť využívána jako funkční způsob, kterým je možné se vyhnout negativním důsledkům (např. nepříjemné emoce, tělesné projevy) spojených s vybavením si negativní události (Williams et al., 2007). Příliš obecná autobiografická paměť má u negativních/traumatických zážitků vliv i na vybavování událostí, které nemají s původní (traumatickou) událostí žádnou spojitost, což je způsobeno omezováním procesu vyhledávání v paměti.

Williams, Watts, MacLeod a Mathews (1997) uvádí, že čím hlubší deprese, tím rychlejší vybavování negativně laděných vzpomínek. Pro tento jev existují 2 vysvětlení: a) při závažnější formě deprese se objevuje více depresivních zážitků a je tedy lehčí si je vybavit, b) čím více jsou lidé depresivní, tím více mají tendenci interpretovat neutrální zážitky jako depresivní.

1.4.2 *Autobiografická paměť a self*

Systém self-paměti (anglicky *self-memory system*, SMS) poskytuje koncepční rámec pro autobiografickou paměť ve vztahu k self, který zdůrazňuje roli self a cílů při procesu vybavování si autobiografických vzpomínek (viz obrázek č. 3, s. 16). Conway a Jobson (2012) uvádí, že SMS je nadřazeným systémem paměti (vzhledem k autobiografické paměti), který se skládá z pracovního self (anglicky *working self*), které spolupracuje v souvislosti s koncepčním self (anglicky *conceptual*) na vytvoření vzorců aktivace v základně autobiografických znalostí (anglicky *autobiographical knowledge base*). Tyto přechodné vzorce aktivace jsou vzpomínky.

Conway (2005) dodává, že spojením autobiografických znalostí s epizodickými vzpomínkami vznikají specifické autobiografické vzpomínky.

Pracovní self má motivační funkci při uspořádávání hlavních a dílčích cílů (Conway & Jobson, 2012). Pracovní self se podílí na usměrňování kognice a chování jedince, aby bylo dosaženo efektního fungování ve světě. Conway (2005) uvádí, že pracovní self umožňuje přístup ke znalostem uloženým v dlouhodobé paměti.

Základna autobiografických znalostí se skládá z posloupnosti znalostí z epizodických vzpomínek, které se váží k určité události (Conway & Jobson, 2012). Obsahuje časově spojené události a abstraktní znalosti, které se pojí s konceptním self, jehož úlohou je regulace autobiografického vzpomínání. Conway (2005) dodává, že autobiografické znalosti se týkají toho, co self je, bylo a mohlo by být. Conway, Singer a Tagini (2004) zahrnují do autobiografických znalostí životní období (větší časové jednotky, které zaštiťují cíle a aktivity, např. studium na střední škole) a obecné události, což jsou kategorie událostí, které jsou spojeny krátkým časovým rozestupem (např. víkend) nebo společným tématem (lyžování na horách).

Conway a Jobson (2012) dále uvádí, že **konceptní self** se skládá z životního příběhu a struktur, které nejsou vázány na konkrétní epizodické události (např. životní scénář, možné self, postoje, hodnoty a přesvědčení).

Životní příběh je struktura self, která představuje narativní popis života jedince a obsahuje kulturně vyvolané znalosti – **životní scénáře** (Conway & Jobson, 2012). Ty autoři definují jako očekávání pravděpodobných činností a zážitků, které jedinec ve svém životě podstoupí, např. škola, první zaměstnání, svatba, důchod. Conway (2005) předpokládá, že životní příběh je nejvíce abstraktní částí, která obsahuje obecné faktické a hodnotící znalosti o jedinci. Může též obsahovat několik různých sebeobrazů (vnímání sebe sama), které dělí self na několik různých self.

Conway, Singer a Tagini (2004) představují koncept **vzpomínek určujících self** (anglicky *self defining memories*). Jedná se o specifickou podkategorii autobiografických vzpomínek, které se vyznačují emoční intenzitou, barvitostí, vysokou úrovní opakování, spojením s podobnými vzpomínkami a vztahem k přetrvávajícím obavám nebo nevyřešenému konfliktu. Autoři dále uvádí, že vzpomínky určující self jsou propojeny s cíli jedince a plní dvě funkce: a) řídící (vzhledem k chování) a b) regulaci emocí. Tyto funkce berou na sebe podobu

např. životních ponaučení a smysluplných zážitků, které umožňují integraci zkušenosti, což napomáhá osobnostnímu růstu.

Conway a Pleydell-Pearce (2000) uvádí, že vztah mezi self a autobiografickými vzpomínkami je oboustranný, tj. self je ovlivňováno (spoluvytvářeno, udržováno a měněno) těmito vzpomínkami, zároveň vzpomínky jsou ovlivňovány self. Autobiografické vzpomínky slouží k podpoře self a přesvědčení o sobě samém. Pokud některé vzpomínky nejsou v souladu s aktuálním self, dochází k jejich zkreslení nebo přetvoření, a to takovým způsobem, aby byly v souladu se self.

Rasmussen a Berntsen (2010) zkoumaly vztah mezi pětifaktorovým modelem osobnosti (Big Five) a využíváním autobiografických vzpomínek. Zjistily, že otevřenost (anglicky *openness*) pozitivně ovlivňuje jedincovu schopnost přemýšlet o tom, že bude moci čerpat z autobiografických vzpomínek. Otevřenost je také významně spojena s řídicí a self funkcí autobiografické paměti. V souvislosti s Big Five se objevuje i spojitost mezi neuroticismem a autobiografickými vzpomínkami (Sutin, 2008). Jedinec s vyššími hodnotami neuroticismu může vyhodnotit současnou úroveň životní spokojenosti na základě snadno dosažitelných vzpomínek, které jsou v jeho případě syceny negativními emocemi. Tímto způsobem vyhodnotí, že jeho život postrádá komponentu štěstí.

1.5 Sebevražda - vymezení pojmů (nomenklatura)

Jednou z prvních věcí, které je možné si všimnout při studiu zdrojů, a to zejména zahraničních, které se zabývají sebevražedným a sebepoškozujícím chováním, je velká rozmanitost pojmů, které se k takovému chování váží. Jelikož neexistuje konsensus, kterým by se řídila větší část odborné veřejnosti (během výzkumu i praxe), je vždy nutné sledovat, které pojmy daný odborník využívá a jakým způsobem je definuje.

Velmi zdařilým pokusem o systematizované vymezení pojmů je článek O'Carroll et al. (1996) s názvem *Beyond the Tower of Babel*, ve kterém se autoři snaží o vytvoření nomenklatury pojmů, a to zejména za účelem praktického použití a sjednocení odborných pojmů pro všechny zainteresované odborníky. Již v tomto článku autoři vybízejí odborníky k všeobecné diskuzi, ze které by mohla vzejít nejen přesnější nomenklatura pojmů, ale také nová klasifikace. Na tuto práci poté navazují Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll a Joiner (2007a, 2007b), a to dvěma odbornými články, ve kterých objasňuje postup zpřesňování nomenklatury (*Rebuilding a Tower of Babel I*) a představuje přepracovanou nomenklaturu (*Rebuilding a Tower of Babel II*).

Během prozkoumávání dostupných českých zdrojů jsme neobjevili podobnou nomenklaturu, která by se pokoušela o podrobné, jasné vymezení a roztřídění chování, které souvisí se sebepoškozováním a sebevraždou. V následující části přinášíme nomenklatury pojmů ze zahraničních zdrojů, které je však možné využít i v našich podmínkách.

1.5.1 Za hranicemi babylonské věže

Ve výše zmíněných člancích figuruje babylonská věž, kterou můžeme vnímat jako metaforu představující nejednotnost a zmatek v pojmech (týkajících se oblasti sebevražd), které se používají v odborné literatuře a výzkumných člancích. Z tohoto důvodu je i složité porovnávání výzkumů, neboť jejich autoři používají rozličné označení pro stejné jevy a naopak, stejné označení pro rozdílné jevy. O'Carroll et al. (1996) nabízí následující přehledné, avšak ne příliš detailní rozdělení.

A. Myšlenky a chování, při kterém se podstupuje riziko:

1. s bezprostředním rizikem (např. motokros, parašutismus)
2. s oddáleným rizikem (např. kouření, sexuální promiskuita)

B. Myšlenky a chování, které se pojí se sebevraždou:

1. Suicidální ideace:
 - a) nahodilé

- b) vážné – přetrvávající, přechodné
- 2. Chování spojené se sebevraždou:
 - a) pomocné chování spojené se sebevraždou:
 - i. vyhrožování sebevraždou
 - pasivní (např. sezení na okenním parapetu)
 - aktivní (např. slovní výhružky, psaní dopisů)
 - ii. ostatní pomocné chování spojené se sebevraždou
 - iii. náhodné úmrtí spojené s pomocným chováním (pojí se sebevraždou)
 - b) sebevražedný akt:
 - i. sebevražedný pokus
 - bez zranění
 - se zraněním
 - ii. dokonaná sebevražda

1.5.2 Rekonstrukce babylonské věže

V této části uvádíme přepracovanou nomenklaturu, kterou představil Silverman et al. (2007b, s. 265 – 266). Autoři rozpracovali původní nomenklaturu uvedenou výše a obohatili ji o detailnější rozdělení suicidálního chování.

Sebezraňující myšlenky a chování

A. Myšlenky a chování, při kterém se podstupuje riziko

1. S bezprostředním rizikem:

- a) následek bez zranění,
- b) následek se zraněním,
- c) následek se smrtí.

2. S oddáleným rizikem:

- a) následek bez zranění,
- b) následek se zraněním,
- c) následek se smrtí.

B. Myšlenky a chování vztahující se k sebevraždě

1. Ideace vztahující se k sebevraždě

- a) Bez sebevražedného záměru:

- (1) náhodné,
- (2) přechodné,
- (3) pasivní,
- (4) aktivní,
- (5) neodbytné.

b) S neurčeným stupněm sebevražedného záměru:

- (1) náhodné,
- (2) přechodné,
- (3) pasivní,
- (4) aktivní,
- (5) neodbytné.

c) S určitým stupněm sebevražedného záměru:

- (1) náhodné,
- (2) přechodné,
- (3) pasivní,
- (4) aktivní,
- (5) neodbytné.

2. Sdělení vztahující se k sebevraždě

a) Bez sebevražedného záměru:

- (1) verbální/neverbální, pasivní/aktivní (Výhrůžka sebevraždou, typ I),
- (2) zamýšlený způsob, který může potenciálně vést k sebezraňujícímu výsledku (Sebevražedný plán, typ I).

b) S neurčeným stupněm sebevražedného záměru:

- (1) verbální/neverbální, pasivní či skryté (Výhrůžka sebevraždou, typ II),
- (2) zamýšlený způsob, který může potenciálně vést k sebezraňujícímu výsledku (Sebevražedný plán, typ II).

c) S určitým stupněm sebevražedného záměru:

- (1) verbální/neverbální, pasivní či skryté (Výhrůžka sebevraždou, typ III),
- (2) zamýšlený způsob, který může potenciálně vést k sebezraňujícímu výsledku (Sebevražedný plán, typ III).

3. Chování vztahující se k sebevraždě

a) Bez sebevražedného záměru:

- (1) bez zranění (Sebepoškozování, typ I),
- (2) se zraněním (Sebepoškozování, typ II),

- (3) s fatálním výsledkem (Vlastní osobou nezáměrně zapříčiněná smrt).
- b) S neurčeným stupněm sebevražedného záměru:
- (1) bez zranění (Neurčité sebevražedné chování, typ I),
 - (2) se zraněním (Neurčité sebevražedné chování, typ II),
 - (3) s fatálním výsledkem (Vlastní osobou zapříčiněná smrt s nejasným záměrem).
- c) S určitým stupněm sebevražedného záměru:
- (1) bez zranění (Sebevražedný pokus, typ I),
 - (2) se zraněním (Sebevražedný pokus, typ II),
 - (3) s fatálním výsledkem (Sebevražda).

Dodatečné rozšíření pro B2 (a, b, c) a B3 (a, b, c):

A. Intrapersonální zaměření – slouží ke změně vnitřního stavu (únik/úleva).

B. Interpersonální zaměření – slouží ke změně vnějšího stavu (náklonnost/kontrola).

C. Smíšené zaměření.

Část informací z této nomenklatury je možné shrnout pro přehlednost do následující tabulky č. 3, která představuje rozdělení **suicidálního chování**, a to dle úmyslu a výsledku pokusu. Nezahrnuje sdělení o sebevraždě a suicidální ideace.

VÝSLEDEK	ÚMYSL			
		Žádný	Neurčený	Ano
	Bez zranění	Sebepoškozování I	Neurčité sebevražedné chování I	Sebevražedný pokus I
	Se zraněním	Sebepoškozování II	Neurčité sebevražedné chování II	Sebevražedný pokus II
	Smrtelné zranění	Vlastní osobou nezáměrně zapříčiněná smrt	Vlastní osobou zapříčiněná smrt, s nejasným záměrem	Sebevražda

Tabulka č. 3 Přehled suicidálního chování (Silverman et al., 2007b).

Silverman et al. (2007b) definují jednotlivé druhy chování takto:

- *Sebepoškozování* – takové jednání, které je zaměřené na vlastní osobu a potenciálně může způsobit zranění. Důležitým prvkem je, že chybí záměr zemřít. Pokud nedojde ke zranění, např. zvolením nevhodného způsobu, jedná se o typ I. Pokud se jedinec zraní, avšak ne smrtelně, jedná se o typ II. Pokud dojde během sebepoškozování k úmrtí jedince, jedná se o vlastní osobou nezáměrně zapříčiněnou smrt.
- *Neurčité sebevražedné chování* – takové chování, během kterého není zřejmé, zda jedinec má/měl úmysl zemřít. Pokud během takového jednání nedojde ke zranění, jedná se o typ I. Pokud ke zranění dojde, jedná se o typ II. Zemře-li jedinec, jedná se pak o vlastní osobou zapříčiněnou smrt, avšak s nejasným záměrem zemřít.
- *Sebevražedné chování* – takové jednání, kdy má jedinec přání zemřít. Pokud nedojde během tohoto chování ke zranění, jedná se o sebevražedný pokus I. Pokud se jedinec zraní (ne smrtelně), jedná se o sebevražedný pokus II. V případě úmrtí se jedná o sebevraždu.

V této diplomové práci jsou využívány následující pojmy, kdy suicidální a sebevražedný jsou ekvivalentní:

- *suicidální/sebevražedné ideace/myšlenky* – veškeré myšlenky, které se týkají představ o smrti a pojí se s přáním zemřít,
- *suicidální/sebevražedná touha* – vyjadřuje přání jedince zemřít, a to prostřednictvím ukončení života z vlastní vůle,
- *suicidální/sebevražedný záměr* – rozhodnutí jedince o ukončení svého života, které se projevuje tvorbou suicidálního plánu,
- *suicidální/sebevražedný pokus* – jedná se o takové chování, při kterém se jedinec pokouší zabít, ale nedochází k úmrtí,
- *sebevražda/dokonaná sebevražda* – smrtelný výsledek suicidálního pokusu,
- *suicidální/sebevražedné chování/jednání/čin* – jakékoliv chování, které slouží k poškození vlastní osoby, kdy následkem takového jednání může být i smrt a u této osoby se objevuje přání zemřít,

- *sebeпоškozování* – rizikové chování, při kterém se jedinec záměrně poškozují (fyzicky); následkem nemá být ukončení vlastního života.

V česky psané literatuře a ve zdravotnické dokumentaci se můžeme setkat s pojmem *tentamen suicidii*, což je latinský název pro sebevražedný pokus (Látalová, Kamarádová & Praško, 2015). V případě sebevražedného pokusu, kde chybí přání zemřít a jedinec zemře, se jedná o sebezabití (Viewegh, 1996).

Specifickým termínem, který bohužel přetrvává do dnešní doby, je „demonstrativní sebevražda“. Toto označení má pejorativní nádech a naznačuje, že jedinec, který se pokusil o sebevraždu, to nemyslel vážně, používá to jako manipulaci a pouze chce dosáhnout zisku. V některých případech se může jednat o instrumentální chování, avšak to nesnižuje závažnost sebevražedného činu. Zejména nebezpečné je užití tohoto označení pro chování dospívajících, kdy dochází k bagatelizaci jejich činu, což může mít za následek neposkytnutí vhodné a včasné pomoci a zvýšení suicidálního rizika. Označením „demonstrativní“ je vysvětleno suicidální chování, aniž by došlo k důkladnému vyhodnocení příčin vzniku. Toto vysvětlení je velmi zjednodušující a zavádějící. Suicidální chování je velmi komplexní jev, který je nutné uchopit se vši vážností a důležitostí, neboť vždy jde o zdraví nebo život osoby, která se pro něj rozhodla.

1.6 Teorie a modely suicidálního chování

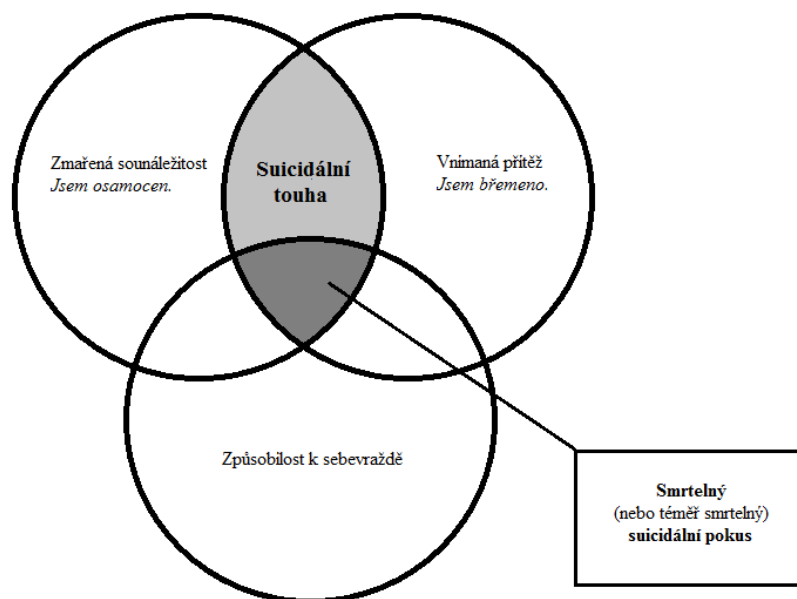
V této kapitole bychom rádi představili některé z teorií a modelů vzniku sebevražedného chování. Nejedná se o vyčerpávající přehled všech dostupných teorií a modelů, nýbrž o přehled několika z nich. Při jejich výběru jsme zvažili jejich ucelenost a praktickou použitelnost. Pro zájemce o získání širšího přehledu doporučujeme výzkumný článek srovnávající 15 teorií sebevražd, včetně odkazů na příslušné primární zdroje jednotlivých teorií (Lester, 1994).

V této kapitole jsou uvedeny teorie i modely suicidálního chování. Rozdíl mezi teorií a modelem je ten, že modely *popisují* suicidální chování, teorie pak toto jednání *vysvětlují* (Van Orden et al., 2010).

1.6.1 Interpersonální teorie sebevraždy

Van Orden et al. (2010) definují 3 konstrukty, které se podílí na suicidálním jednání – zmařená sounáležitost (anglicky *thwarted belongingness*), vnímaná přítěž (anglicky *perceived burdensomeness*) a získaná způsobilost k sebevraždě (anglicky *acquired capability*). Dle této

teorie člověk spáchá sebevraždu za předpokladu, že se u něj objevuje touha zemřít a zároveň schopnost tento čin uskutečnit (obrázek č. 6).



Obrázek č. 6 Předpoklady interpersonální teorie sebevraždy (Van Orden et al., 2010).

Tyto tři konstrukty můžeme vnímat jako rizikové faktory, které jsou relativně vzácné a jejich společný výskyt ve stejnou dobu je ještě vzácnější (Van Orden, Witte, Gordon, Bender & Joiner, 2008). Interpersonální teorie sebevraždy je tímto v souladu s relativní vzácností tohoto jevu a přesně dokládá, kdy dojde k sebevražednému jednání.

Van Orden et al. (2010) uvádí 4 hypotézy, které znázorňují vztah mezi jednotlivými konstrukty:

- 1) zmařená sounáležitost a vnímaná přítěž jsou blízkými a dostatečnými příčinami pasivních suicidálních ideací,
- 2) současná přítomnost zmařené sounáležitosti a vnímané přítěže, které jsou vnímány jako stabilní a neměnné (včetně beznaděje ohledně změny těchto stavů), je blízkou a dostatečnou příčinou pro aktivní suicidální touhu,
- 3) současná přítomnost suicidální touhy a sníženého strachu ze smrti je stavem, který umožňuje přeměnu suicidální touhy na suicidální úmysl,

- 4) k závažnému suicidálnímu chování (tj. smrtelný, nebo téměř smrtelný pokus) nejčastěji dochází při výskytu zmařené sounáležitosti, vnímané přítěže (včetně beznaděje spojené s oběma stavy), sníženého strachu ze smrti a zvýšené tolerance k fyzické bolesti.

Zmařená sounáležitost (thwarted belongingness)

Jedná se o latentní stav, který se projevuje jako samota a nepřítomnost reciproční péče (Van Orden et al., 2010). Samota („Cítím se odpojený od ostatních.“) se projevuje pozorovatelnými znaky: a) ty, které mají pozitivní vztah k tomuto konceptu – samota, kterou oznamuje sám jedinec, sezónní rozdíly (např. o Vánocích), bydlení o samotě, málo sociální opory, narušené rodinné vazby; b) ty, které mají negativní vztah – sdružování s druhými, preventivní pečující dopisy (využívané při propuštění ze zdravotnického zařízení a zasílané s různým časovým odstupem), manželství, počet dětí a přátel. Nepřítomnost reciproční péče se projevuje např. jako sociální stažení, domácí násilí, rodinný konflikt a tento koncept může být ovlivněn ztrátou (úmrtí, rozvod) a zneužíváním v dětství. Autoři uvádí, že potřeba někam patřit (anglicky *to belong*) je tak významná, že hraje zásadní roli při rozvoji suicidální touhy. Dále předpokládají, že zmařená sounáležitost je dynamický kognitivně-emoční stav, který je ovlivněn intrapersonálními i interpersonálními faktory. K suicidálním ideacím pak dochází při protrahovaném stavu zmařené sounáležitosti.

Při vyhodnocování, zda se jedinec nachází ve stavu zmařené sounáležitosti, je dobré se zaměřit na následující oblasti (Joiner, Van Orden, Witte & Rudd, 2009, s. 62):

- nepřítomnost smysluplného propojení s ostatními lidmi a absence vzájemné péče,
- nepřítomnost přátel nebo příbuzných, které by mohl v případě rozrušení kontaktovat,
- nedávné ztráty (např. úmrtí, rozvod).

Vhodnou intervencí se tak jeví možnost zvýšit propojení s lidmi, zejm. s významnými druhými. Dle Van Orden et al. (2010) však jedinci, kteří jsou ve stavu zmařené sounáležitosti, se nebudou snažit navázat kontakt ve dvou případech, a to k lidem, kteří jsou příčinou snížené sounáležitosti (např. někdo, kdo již před tím jedince odmítl) a k lidem, kteří nebudou dostupní pro osobní interakci.

Vnímaná přítěž (perceived burdensomeness)

Lidé, kteří se rozhodli pro sebevraždu, vnímají, alespoň z části, sami sebe jako přítěž, tj. že jejich sebevražda bude pro ostatní cennější než jejich život (Joiner et al. 2009).

Některé významné rizikové faktory, např. rodinný konflikt, nezaměstnanost a fyzické onemocnění, jsou spojeny s rozvojem vnímání sebe sama jako přítěže, což zvyšuje pravděpodobnost výskytu závažného suicidálního pokusu (Van Orden et al., 2010). Autoři dodávají, že tento stav je charakterizován přesvědčením, že self je natolik narušené, že se stává přítěží pro ostatní a emočně ovlivněnou představou nenávisti vůči vlastní osobě. Vnímaná přítěž se projevuje jako břímě (anglicky *liability*), které se dále manifestuje v podobě rizikových faktorů – stres z bezdomovectví, uvěznění, nezaměstnanosti, fyzického onemocnění, dále jako postradatelnost, nechtěnost a přesvědčení, že jedinec je přítěží pro rodinu. Druhým projevem je nenávist vůči sobě (anglicky *self-hate*), která se manifestuje jako nízké sebevědomí, sebeobviňování, zahanbení a rozrušení. I tento koncept je dynamickým kognitivně-emočním stavem.

Při vyhodnocování, zda jedinec vnímá sám sebe jako přítěž, je vhodné zmapovat následující oblasti (Joiner et al., 2009, s. 62):

- prohlášení týkající se toho, že ostatním bude lépe, když tu jedinec nebude,
- prohlášení, že jedinec je pro ostatní přítěží,
- nedávné stresory zahrnující ztrátu kompetence (např. ztráta zaměstnání).

Výzkum konceptu vnímané přítěže ukazuje, že zvláště zhoubným stavem je, když jedinec vnímá sám sebe jako přítěž u více lidí (Van Orden et al., 2010). Nebezpečná je též extrémně vnímaná přítěž ve vztahu s jedním významným člověkem.

Nabytá způsobilost (acquired capability)

Aby jedinec mohl spáchat sebevraždu, je potřeba, aby ztratil určitou část strachu ze smrti (Van Orden et al., 2010). Interpersonální teorie vychází z evolučních modelů strachu a úzkosti, které předpokládají, že lidé jsou biologicky nastaveni na strach ze sebevraždy, neboť sebevražedné chování vystavuje jedince podnětům a signálům, které jsou v rozporu s instinktem přežití. Autoři dále uvádí, že nabytá způsobilost obsahuje dvě komponenty – snížený strach ze smrti (míru snížení lze odvodit dle zvolené metody sebevraždy, např. spolykání sodného louhu je značně bolestivé) a zvýšenou toleranci k fyzické bolesti (prostřednictvím vlastního zážitku bolesti, nebo prostřednictvím opakovaného vystavování se bolesti druhých lidí, např. v rámci povolání, tj. lékaři, záchranáři, hasiči).

Pro vyhodnocení stavu nabyté způsobilosti je možné využít následující vodítka (Joiner et al., 2009, s. 62):

Zážitky bolesti a podněcující zážitky

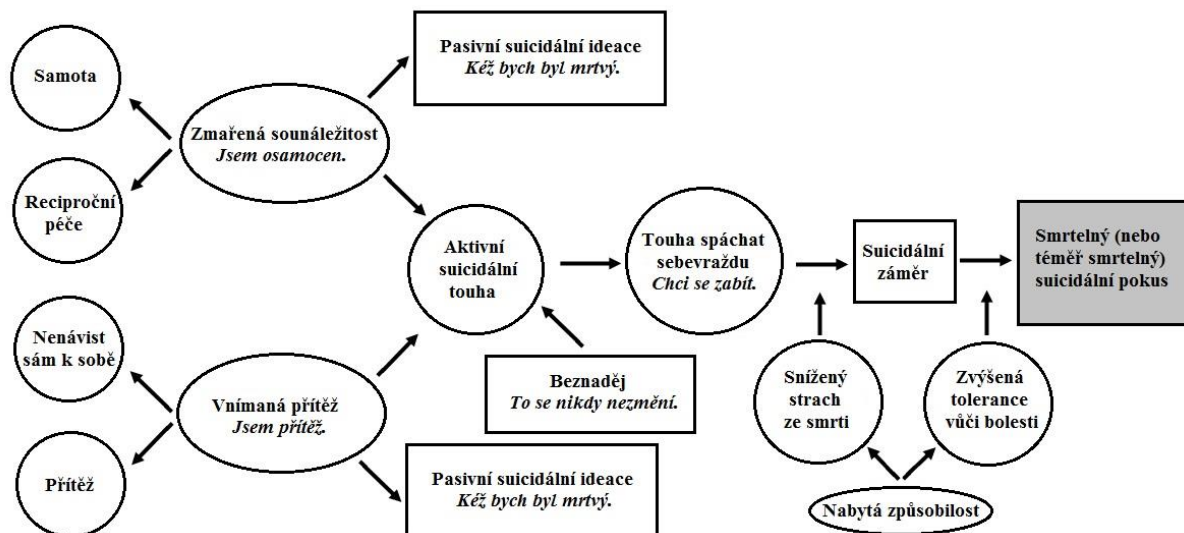
- minulé suicidální pokusy (zejm. opakované),
- překažené suicidální pokusy,
- intravenózní užívání drog,
- sebepoškozování (nesuicidální),
- časté vystavování fyzickému násilí, nebo účast na něm.

Aktuální ukazatele

- vážný suicidální záměr,
- nebojácnost ohledně sebevraždy,
- dlouhotrvající ideace a zabývání se sebevraždou,
- velmi detailní a jasný plán sebevraždy,
- určité místo a čas pro sebevraždu.

Cesta k sebevraždě

Suicidální vývoj je možné vysvětlit prostřednictvím výše zmíněných komponent. Obrázek č. 7 znázorňuje, jakým způsobem dochází ke vzniku suicidální touhy a následnou cestu k sebevražednému pokusu (Van Orden et al., 2010). Tento model uvádí příčiny vzniku (zmařená sounáležitost a vnímaná přítěž), latentní faktor (beznaděj), vznikající proměnné (samota, reciproční péče, nenávisť k sobě, přítěž), ovlivňující faktor (nabytá způsobilost, resp. snížený strach ze smrti a zvýšená tolerance vůči bolesti) a důsledky, tj. pasivní suicidální ideace, touha, záměr a pokus.



Obrázek č. 7 Cesta k sebevraždě, upraveno dle Van Orden et al. (2010).

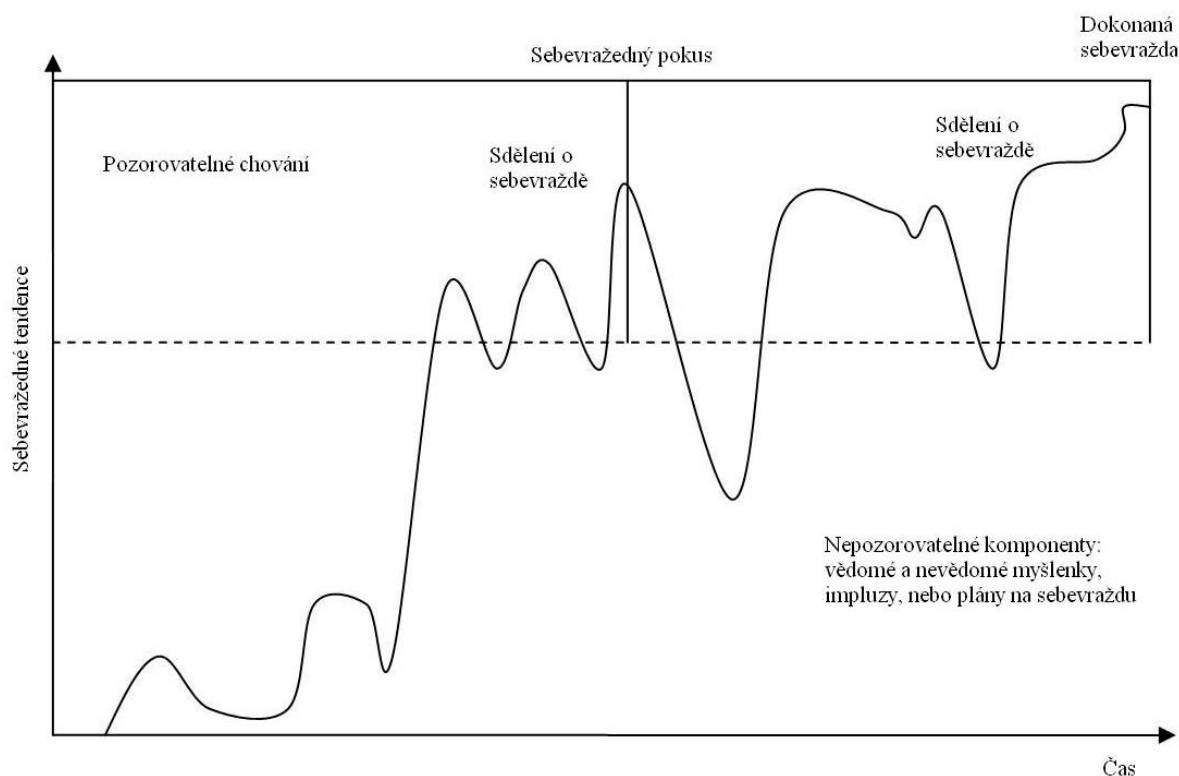
1.6.2 Suicidální proces

K popsání výskytu suicidálního chování je možné využít koncept *suicidální pyramidy* (obrázek č. 8), jejíž jednotlivé vrstvy znázorňují četnost různého suicidálního chování (van Heeringen, 2001). Nejspodnější vrstva vyjadřuje tu část populace, která ve svém životě zažila (jednou nebo opakovaně) suicidální ideace. Jedná se o velkou část obecné populace, neboť většina lidí během svého života má ideace ohledně sebevraždy. Druhá vrstva zastupuje část populace, která zažívá přetrvávající suicidální ideace opakovaně, které se též mohou projevat formulací konkrétního plánu. Třetí vrstva představuje jedince, kteří během svého života jednou či vícekrát projevovali suicidální chování, které nevedlo ke smrtelnému pokusu. Poslední vrstva znázorňuje jedince, kteří spáchali sebevraždu. Postup po jednotlivých patrech pyramidy směrem vzhůru je označován jako suicidální životní dráha (anglicky *suicidal career*). Tento model má však nevýhodu v tom, že předpokládá přímý postup od nejnižší vrstvy k nejvyšší, kdy žádná z vrstev není vynechána (přeskočena).



Obrázek č. 8 Struktura suicidálního chování (van Heeringen, 2001).

Model suicidálního procesu je flexibilnější a představuje vývoj suicidálního chování v kontextu jedince a jeho interakce s okolím (van Heeringen, 2001). Proces začíná myšlenkami na sebevraždu, přáním dočasného zapomnění, či útěku z nepříznivé životní situace, která je pocíťována jako neúnosná. Tyto myšlenky a přání mohou být prchavé a po určité době se ztrácí. Mohou být však opět vyvolány nepříznivými okolnostmi. Tento model předpokládá skrytou náchylnost k chorobnému stavu (diatézu). Tento stav je ovlivněn psychickými a biologickými vlastnostmi, které se zřetelně projevují během stresující události. Obrázek č. 9 znázorňuje příklad suicidálního pokusu. Důležitým prvkem je čárkovaná linka, která znázorňuje práh, pod kterým není suicidální proces přístupný pozorovatelům z okolí a možná dokonce ani samotnému člověku, u kterého dochází k tomuto procesu. Pro pozorovatele je suicidální proces viditelný prostřednictvím sdělení o sebevraždě (zprávy, viditelné chování), později pak prostřednictvím sebevražedného pokusu a dokonané sebevraždy. Model suicidálního procesu je možné využít k vysvětlení „náhlých“ sebevražd (či pokusů), kdy se zdánlivě jedná o „smrt bez varování“. Viditelnost suicidálního procesu pro ostatní též ovlivňují některé osobnostní charakteristiky, např. sebeodhalení (anglicky *self-disclosure*), které se podílí na ochotě a schopnosti jedince sdělovat (např. rodinným příslušníkům, přátelům, ošetřujícím lékařům apod.) tak intimní věci, jako jsou myšlenky na sebevraždu.



Obrázek č. 9 Suicidální proces (van Heeringen, 2001).

1.6.3 Diatéza a stres

Další z modelů, který přispívá porozumění suicidálnímu chování, je vztah mezi předem danou náchylností k nemoci, či chorobnému stavu (diatéza) a stresem (anglicky *stress-diathesis model*).

Diatéza

Mann, Waternaux, Haas a Malone (1999) předpokládají, že riziko suicidálního chování není určeno pouze stresory (např. duševním onemocněním), nýbrž i přítomností diatézy, která se projevuje vyšším počtem suicidálních ideací a impulzivitou. Na vzniku náchylnosti k suicidálnímu jednání se podílí genetické faktory a prostředí jedince (Felner, Adan & Silverman, 1992). Jedná se o prostředí, ve kterém jedinec vyrůstal i o prostředí, ve kterém se nachází nyní. První případ ovlivnil vývoj jedince, jeho charakter a temperament, druhý případ představuje stresory, které se podílí na rozvoji suicidálního chování.

Van Heeringen (2001) rozděluje vliv diatézy na suicidální chování do tří oblastí:

- 1) psychiatrická oblast – může se viditelně projevit jako první, a to ve formě rekurentních depresivních epizod, které mohou být spuštěny určitým stresorem. Dále se projevuje v rysech osobnosti jako odměřenost (anglicky *aloofness*) a syndrom stažení se (anglicky *withdrawn syndrome*), který je charakterizován stažením se z kontaktů s druhými lidmi, smutkem a preferencí samoty. Tím mohou nastat obtíže v interpersonálních kontaktech, což nezdá se přispívá k suicidálnímu chování. Určitou roli hraje též impulsivita a regulace agrese.
- 2) psychologická oblast – přehnaný důraz na vnímání sebe sama jako na ztracený případ, pocit uvěznění při konfrontaci se stresory, které dále vytváří pocit beznadějnosti. Pocit uvěznění a beznadějnosti negativně ovlivňují schopnost řešit problémy (anglicky *problem-solving*) a způsobují nedostatečnosti ve funkci autobiografické paměti. Dalším psychologickým aspektem je nedostatek pozitivních záchranných faktorů, což vede k neschopnosti vytvářet dostatečné množství představ o budoucích pozitivních životních událostech.
- 3) biologická – dysfunkce v serotonergním systému se nápadně objevuje u lidí s násilným suicidálním chováním. Tento systém ovlivňuje exekutivní funkce. Při jeho dysfunkci (v souvislosti s dopaminergním systémem) ovlivňuje vznik sociální úzkosti a pocitu beznadějnosti. Dále je spojen s odolností vůči psychosociálním stresorům a při dysfunkci s výskytem depresivních myšlenek a nízkým sebevědomím. Dalším biologickým faktorem je hyperaktivita osy hypotalamus-hypofýza-nadledvinky (HPA osa), která při setkání se stresujícími životními událostmi způsobuje zvýšenou produkci kortizolu.

Van Heeringen (2001) uvádí, že se diatéza skládá ze dvou komponent, přičemž suicidální chování se vyskytne v případě narušení těchto komponent. První částí ovlivňuje schopnost regulovat interakce mezi jedincem a okolím. Nedostatek v oblasti regulace přispívá k interpersonálním problémům a ovlivňuje odolnost vůči stresu, který vzniká v této oblasti. Druhá komponenta zprostředkovává behaviorální reakce na vzniklé problémy. Přehled jednotlivých komponent z pohledu více přístupů je v tabulce č. 4. Obě komponenty se vzájemně ovlivňují prostřednictvím anatomických a neurobiologických spojení.

Přístup	Komponenta sociální interakce	Komponenta behaviorální inhibice
<i>Psychiatrický</i>	Suicidální ideace	Beznadějnost/úzkost
<i>Biologický</i>	Noradrenalin	Dopamin
<i>Osobnostní</i>	Nízká závislost na odměně	Vysoké vyhýbání se nebezpečí
	Nízké sebeřízení	Nízké sebeřízení
	Vysoká stabilita	Nízká hladina energie
<i>Neuroanatomický</i>	Spánkový lalok/hipokampus	Přední kůra mozková/amygdala
<i>Kognitivně-psychologický</i>	Citlivost k signálům porážky	Uvěznění a nepřítomnost záchranných faktorů
<i>Neuropsychologický</i>	Pozornost	Autobiografická paměť

Tabulka č. 4 Diatéza – komponenty, upraveno dle van Heeringen (2001).

Citlivost na určité stresory, zejm. psychosociální a interpersonální povahy, je určena způsobem zpracování v částech mozku, které se zabývají vnímáním a dále tím, do jaké míry představují stresory riziko pro integraci jedince v systému, ve kterém žije (van Heeringen, 2001).

Stres a stresory

Základní adaptivní reakcí na stres je a) stav náhlého nabuzení, který se projevuje jako útok, či útěk, b) stav nečinnosti, či sníženého využití energie, což se projevuje jako stažení. První reakce souvisí s autonomním a sympatetickým nervovým systémem, které působí na zvýšenou aktivitu v systému noradrenalin/adrenalin. Druhá reakce je spojena se zvýšenou aktivitou HPA osy, která způsobuje změnu v regulaci glukokortikoidů (Träskman-Bendz & Westrin, 2001). Autorky dále uvádí, že prenatalní a postnatální stresory, které působí dlouhodobě, mohou ovlivnit HPA osu, a to s doživotními důsledky. Stres vyvolává hormonální

a neurochemické reakce, které jsou ovlivněny genetickou výbavou jedince, schopností zvládat stres, osobností a sociální oporou.

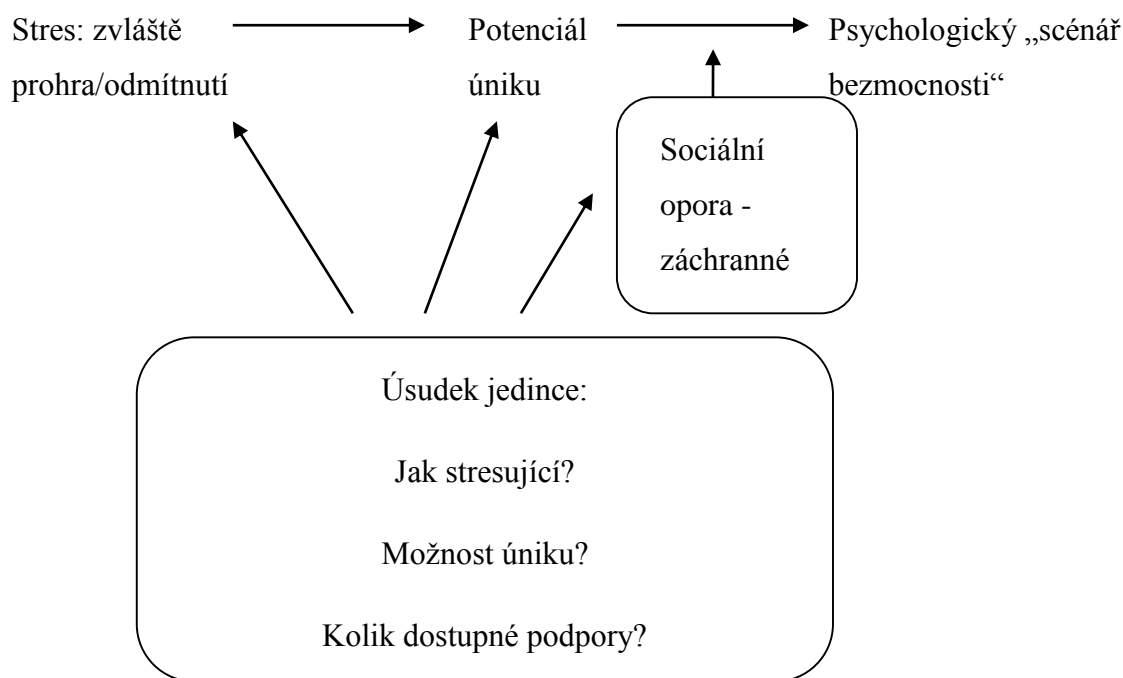
Stresory jsou události a životní okolnosti, které kladou na jedince fyzické nebo psychické nároky (McLaughlin, 2007). V souvislosti se suicidálním chováním autor nabízí přehled oblastí, ve kterých mohou stresory vznikat:

- biologická – nízké hladiny serotoninu a noradrenalinu, infekce, fyzické zranění, onemocnění, podvýživa apod.,
- psychologická – pocity ohrožení fyzickým napadením, útoky na sebeúctu a hodnotový systém jedince, zahanbení, myšlenky na blížící se zánik apod.,
- sociologická – nízká míra začlenění jedince ve společnosti, absence, či ztráta sociální sítě, která podporuje suicidální myšlenky apod.,
- situační – zásadní životní události, např. stres ze zkoušky, šikana, ztráta zaměstnání, problémy v interpersonálních vztazích, rozpad vztahu, úmrtí partnera apod.

Maris (1992) uvádí další možné stresory, a to problémy plynoucí z nezákonného jednání, ohrožení uvězněním a samotné uvěznění (s. 15). Dále uvádí, že většina stresu je chronické povahy, kdy se stres pomalu hromadí. Mohou se však vyskytovat akutní a intenzivní situace, které mohou zapůsobit jako spouštěcí události pro suicidální chování.

Stresorů je velké množství, přičemž míra zátěže je určována tím, jak tento stav, či situaci, vnímá jedinec. Pro někoho může např. rozpad milostného vztahu znamenat velkou zátěž a podpořit vznik suicidálních ideací, pro jiného je rozchod s partnerem stresorem bez větší zátěže na fyzickou a psychickou pohodu.

Williams a Pollock (2001) uvádí vztah mezi stresem a vyvoláním scénáře bezmocnosti. Ten je vyvolán v případě, kdy se ke stresu přidá neschopnost jedince vnímat možnost úniku, či záchrany (obrázek č. 10). Síla tohoto scénáře je pak ovlivněna zkreslením ve vyhodnocování informací a nedostatky v paměti (zejm. autobiografické paměti).



Obrázek č. 10 Vliv stresu na rozvoj suicidálního chování (Williams & Pollock, 2001).

1.6.4 Shneidmanův model

Tento model přichází s představou, že suicidálního chování se jedinec dopustí v případě psychické bolesti, anglicky *psychache* (Shneidman, 2009). Tato bolest je vázána na nadměrné pocity studu, viny, ponížení, samoty, strachu, úzkosti atd. Bolest je vnímána jedincem jako nesnesitelná, přičemž každý jedinec má svůj vlastní práh bolesti. Autor dále uvádí, že psychická bolest je propojena s potřebami jedince, přičemž k suicidálnímu chování dochází tehdy, když je uspokojení potřeb blokováno, nedostupné, nebo zmařené. Sebevražedné chování není adaptivní reakcí na situaci, nýbrž pokusem o odstranění nahromaděné tenze z neuspokojených potřeb.

Při kombinaci následujících prvků dochází k sebevraždě (Shneidman, 1992):

- zažívání nesnesitelné psychické bolesti a neuspokojení psychologických potřeb,
- traumatizující znevažování sebe sama,
- zřetelně omezené myšlení, zúžení možností jednat,
- pocit izolace, opuštění a ztráta podpory od důležitých druhých,

- zaplavující pocity bezmocnosti, pocity, že nic účelného nemůže být vykonáno,
- vědomé rozhodnutí, že ukončení, opuštění, či zastavení života, je jedinou možností, jak se vypořádat s psychickou bolestí a problémy.

Shneidman (1992) dále představuje 10 společných rysů, které se objevují u sebevražd:

- 1) smyslem sebevraždy je nalézt řešení vnímané aktuální krize a ukončení utrpení spojeného s psychickou bolestí,
- 2) cílem sebevraždy je ukončení bolestivého toku vědomí; nejedná se tedy o pohyb směrem ke smrti, ale o pohyb k zastavení vědomí,
- 3) společným prvkem je nesnesitelná psychická bolest,
- 4) neuspokojené psychologické potřeby jsou společným prvkem; většina sebevražd představuje reakci na neuspokojení kombinace různých potřeb,
- 5) běžnými pocity u sebevražd jsou přetrvávající bezmocnost a beznadějnost,
- 6) společným kognitivním stavem je ambivalence mezi přáním nebýt a životem, mezi přáním dokončit sebevraždu a být zachráněn,
- 7) percepčním prvkem je zúžení schopností a intelektu při řešení krize, tzv. tunelové vidění, které se projevuje dichotomním uvažováním,
- 8) běžným činem u sebevraždy je únik od nepříznivé situace a probíhající krize,
- 9) interpersonálním činem je sdělování sebevražedného záměru ostatním lidem, přičemž zhruba 80 % zkoumaných případů sebevražd vykazovalo známky verbálních a behaviorálních vodítek, že se blíží smrtelný sebevražedný pokus,
- 10) celoživotně neměnné způsoby vyrovnávání se s nepříznivými situacemi, které jsou neadaptivní a neumožňují jedinci zvládat nastalé krizové situace.

Výše zmíněné autor převádí do stručného modelu suicidálního chování (Shneidman, 1992). Tento model obsahuje 3 komponenty: bolest, rozrušení a tlak. **Bolest** (anglicky *pain*) znázorňuje psychickou bolest, která vzniká zmařením psychologických potřeb. **Rozrušení**

(anglicky *perturbation*), v souvislosti se suicidálním chováním, zahrnuje percepční zúžení a slabost pro náhlé sebepoškozování. Zúžení je snížení percepčního a kognitivního rozsahu jedince. K rozrušení dochází při nízké toleranci k nejednoznačnosti a zvýšeném dichotomickém myšlení. **Tlak** (anglicky *press*) je vše, co má dopad, ovlivňuje a působí na jedince, a to z vnějšího i vnitřního světa. Vlastností tohoto tlaku je jeho schopnost měnit, např. jedincovo vnímání. Tlak může být dvojí povahy – pozitivní (např. výhra v loterii) a negativní (např. ztráta zaměstnání a následná obava z neschopnosti zabezpečit rodinu). Při suicidálním chování dochází k nakupení negativního tlaku. Míru závažnosti jednotlivých částí uvádí autor na pětibodové škále. K sebevraždě pak dochází v případě, že všechny tři komponenty jsou vyhodnoceny na škále číslem 5, tj. nesnesitelná bolest, vysoká míra rozrušení a negativní tlak. Jinými slovy se jedná o velmi negativní, nesnesitelný, bolestivý tlak, který vyvolává vysoké rozrušení.

1.6.5 Ringelův presuicidální syndrom

K popsání suicidálního vývoje je možné využít model presuicidálního syndromu, který se skládá ze tří komponent (Ringel, 1976):

- 1) Zúžení – tato část je tvořena **situačním** zúžením, jehož vývoj je charakterizován třemi okolnostmi, a to vážnými nehodami (např. fyzické zranění), vlastním chováním jedince a subjektivním dojmem a představou zúžení bez vnějších příčin. Dále **dynamickým** zúžením, které se projevuje vývojem osobnostní dynamiky, a to pouze jedním směrem, přičemž všechny další aspekty jsou utlumeny. U jedince se objevuje viditelné monotónní chování (směřuje jedním směrem), ztráta spontaneity, inhibované a pasivní chování. **Rigidita apercepce a asociace** způsobuje, že jedinec vnímá a interpretuje události zkresleně, protože volné asociace jsou nahrazeny jednostranným myšlením. Zkreslení je negativní povahy. **Fixované vzorce chování** se podílí na sníženém počtu nových reakcí, neboť osobnost postrádá jemné rozdíly, které se projevují v chování. Při **afektivním** zúžení dochází k převaze jednoho emočního vzorce a nastává snížení emoční adaptability. Tento stav je jedincem vnímán jako neměnný. Zúžení **obranných mechanismů** na méně vyzrálé (např. potlačení, konverze, invertovaná agrese). Během zúžení **mezilidských vztahů** dochází k znehodnocování stávajících vztahů, snižování počtu vztahů, a to do bodu, kdy je jedinec závislý na jedné osobě a v poslední fázi k úplné ztrátě vztahů a následné izolaci. Poslední částí je zúžení **hodnot**, které se

projevuje jejich sníženým vnímáním, znehodnocením života, pocity prázdnoty, převládajícím hodnocením dle subjektivních hodnot, které nejsou v souladu s obecně uznávanými hodnotami, což může způsobit izolaci jedince. Toto zúžení se dále projevuje nízkou sebeúctou, jelikož jedinec nemůže uplatňovat své hodnoty.

- 2) Potlačovaná agresivita a její obrácení vůči vlastní osobě – jedinec nevybízí agresi směrem k okolnímu světu a zadržuje ji (inhibuje). Tato inhibice se zakládá na silném a rigidním superegu, psychické poruše (např. deprese – způsobuje fyzickou i psychickou inhibici), absenci mezilidských vztahů a na stavech způsobených přílišnou civilizovaností (např. během válečných konfliktů dochází k vybití agrese a snížení počtu sebevražd). Dle zákona o zachování energie dochází k obrácení inhibované agrese vůči vlastní osobě. Takto obrácená agrese je velkým rizikem pro vznik suicidálního chování. Obranné mechanismy mohou snížit toto nutkání.
- 3) Suicidální představy – většina lidí ve svém životě má představy o své smrti, včetně možnosti spáchat sebevraždu. U sebevražedného pokusu a sebevraždy se objevuje intenzivní zaobírání se tímto tématem. Při negativním a pesimistickém myšlení dochází k tvorbě fantazií, které s tímto nastavením korespondují, např. o umírání, smrti apod. Ringel rozlišuje aktivní (člověk si je sám vytváří a zaobírá se jimi) a pasivní (objevují se samovolně a mají obsesivní charakter) fantazie. Pasivní jsou více nebezpečné, neboť vznikají bez přání jedince. Představy mohou vznikat náhle i po delší dobu. Vzhledem k obsahu představ autor rozlišuje 3 fáze, které symbolizují vzrůstající nebezpečí suicidálního chování: a) nápad, že je jedinec mrtvý (nemá představu sebevraždy, pouze jejího výsledku), b) představa spáchání sebevraždy, bez plánu a c) specifické způsoby sebevraždy, představy jsou velmi detailní.

1.7 Vyhodnocení a prevence suicidálního chování

V této kapitole představíme důležitou část pro práci s lidmi, kteří vykazují známky suicidálního chování. Vyhodnocení aktuálního stavu a budoucího rizika je zásadním prvkem pro následnou terapeutickou péči, která má za cíl zvládnutí akutní situace, stabilizaci jedince a podporu účinných copingových mechanismů.

Oblast prevence se zabývá možností působit na jedince takovým způsobem, aby nedocházelo ke vzniku suicidálního chování a v případě, kdy se jedinec již pokusil o sebevraždu, aby se toto chování neopakovalo.

1.7.1 Vyhodnocení suicidálního chování

Dotazování na suicidální myšlenky, plány a činy může být pro mnoho lidí nepříjemné. Sebevražda je téma, které je ve společnosti nezdědka tabuizováno a stigmatizováno. Úkolem odborníka (psychologa, psychiatra, psychoterapeuta atd.) je citlivé, cílené a jednoznačné kladení otázek na současný stav i suicidální ideace a chování v minulosti. Zásadní otázkou tedy je: „Přemýšlel jste někdy, že se zabijete?“. Jednoduchá otázka, která se ne vždy a všem klade lehce. Přímé oslovení sebevražedných myšlenek je však často pro jedince, který si prochází fází přemítání o svém životě a zvažuje možnost sebevraždy, úlevné. Pro otevřenou komunikaci je nezbytné vytvořit bezpečné prostředí a navázat kvalitní vztah s klientem/pacientem. Důležitým prvkem je schopnost nehodnotit jedince za to, že má suicidální ideace, či plán. Otevřenost a přijetí jsou dobrými kroky pro získání potřebných informací a mohou sloužit jako základ pro hlubší terapeutickou práci.

Worchel a Gearing (2010) uvádí 3 možné odpovědi na otázku, zda se chce jedinec zabít:

- zřetelné **odmítnutí** suicidálních ideací, přání nebo plánů,
- jednoznačné **potvrzení** suicidálních ideací, přání či plánů,
- **vágní** vyjádření, ze kterého nelze usoudit popření, ani potvrzení suicidálních ideací, přání, či plánů.

Nejlépeším prostředkem pro získání informací je klinický rozhovor, ve kterém je možné se zaměřit na současnost i minulost jedince a pružným způsobem se doptávat na detaily a upřesňovat tím odhad případného suicidálního rizika.

Během rozhovoru je možné s klientem/pacientem prozkoumat oblasti a získat přehled o důležitých aspektech jedincova života, které mohou souviset se sebevražedným chováním. Worchel a Gearing (2010) uvádí následující přehled, na které oblasti je vhodné se zaměřit:

- sociodemografické údaje – např. věk, pohlaví, dosažené vzdělání, zaměstnání (současné, minulé), kde a s kým klient/pacient žije, nedávné změny v životě jedince (úmrtí, narození, stěhování, rozchody apod.),

- zjištěný problém, historie symptomu – detailní dotazování na vývoj a průběh současného problému a s tím spojených symptomů, např. „Kdy začali Vaše obtíže?“,
- současné sebevražedné nastavení – během rozhovoru je nutné se zaměřit na všechny aspekty, které souvisí se suicidálním chováním. Tato oblast zahrnuje: suicidální ideace (vágní představy o smrti, konkrétní myšlenky, pocity spojené s představou vlastní smrti apod.), záměr (ochota a odhodlání realizovat ideace), plány (konkrétní/nekonkrétní, detailní příprava, započnutí rané fáze plánu), proveditelnost (dostupnost zvolené metody, zajištění, aby nebyl plán překažen), smrtelnost zvolené metody, načasování (kdy, kde a jak často se objevují myšlenky na sebevraždu), beznadějnost (pocity beznaděje a neměnnosti situace), impulzivitu a agresivitu (sklony k impulzivním, či agresivním činům),
- sebevražedné pokusy v minulosti – oblast zahrnuje: počet a povahu pokusů (okolnosti, metoda, co bylo cílem pokusu – např. únik od problémů, zranění, smrt), co předcházelo pokusu, zda byl dokončen, přerušen, či překažen), jejich smrtelnost, důsledky, detaily plánu (např. jestli zanechali dopis na rozloučenou) a co se dělo po pokusu (např. hospitalizace, bez pomoci apod.)
- sebevraždy v rodině nebo u vrstevníků – zjišťujeme výskyt, počet, povahu (okolnosti, metoda, následky), v jakém vztahu byla ona osoba k jedinci, dopad tohoto pokusu,
- rizikové a protektivní faktory – zmapování případných faktorů, které mohou ovlivnit současný i budoucí průběh sebevražedného nastavení; této oblasti je věnována samostatná část v této kapitole (s. 53).

Při zvažování míry suicidálního rizika je možné využít následujícího přehledného rozdělení (Chehil & Kutcher, 2012):

- 1) Suicidální ideace – zvýšené riziko je v případě, že ideace jsou přetrvávající, intenzivní, nekontrolované, naléhavé, či protrahované. Nižší míra rizika je u ideací, které jsou prchavé, nízké intenzity a zvládnutelné.
- 2) Sebevražedný záměr – u zvýšeného rizika se objevuje silná touha zemřít, silný závazek k sebevražednému činu a očekávání smrti. Snížené riziko je v případě vysoké ambivalence a nízkého závazku k činu.

- 3) Sebevražedné plány – zvýšené riziko je u plánů, které jsou předem promyšlené, dobře naplánované a jedinec má možnost a přání využít smrtelných způsobů sebevraždy. Snížené riziko je v případě, že jedinec nemůže využít smrtelné způsoby a nemá plán.

Další příspěvek pro vyhodnocování závažnosti rizika přináší Gask a Morriss (2003), kteří rozdělují riziko do čtyř skupin dle závažnosti. U každé skupiny předkládají návrh, co je nutné udělat, aby se riziko sebevražedného aktu minimalizovalo:

- 1) **Nízké riziko** – vyznačuje se letnými myšlenkami, které jsou rychle zapomenuty, absencí plánu, žádné, či mírné psychické onemocnění (slabé symptomy deprese), stabilní psychický stav, absence abúzu návykových látek. Při nízkém riziku není třeba kontrolování stavu. Doporučuje se zklidnění zmírněním emocionální zátěže a příp. vyšetření při výskytu symptomů duševního onemocnění.
- 2) **Střední riziko** – letmé myšlenky na sebevraždu, bez plánu, ukazatele přítomnosti duševního onemocnění a abúzu návykových látek, nestabilní psychický stav (bez známek nastupující krize), ojedinělý výskyt nebezpečného chování. Adekvátní reakcí je zmírnění emocionální zátěže, sledování stavu po dobu 72 hodin – 1 týden.
- 3) **Střední až vysoké riziko** – časté a přetrvávající ideace, zvažování několika způsobů sebevraždy, bez konkrétního plánu, či akutního záměru, závažné duševní onemocnění, nestabilní psychický stav se známkami blížící se krize. Ke zmírnění rizika autoři doporučují zmírnění emocionální zátěže, odstranění, či zamezení přístupu ke smrtelným metodám sebevraždy, bezpodmínečná nutnost kontroly stavu následující den a po dosažení bezpečí navrhnou screeningové vyšetření a vyhodnocení duševního onemocnění a psychických problémů.
- 4) **Velmi vysoké riziko** – zřetelně formulovaný plán sebevraždy, přístup ke smrtelným metodám, závažné duševní onemocnění a abúzus návykových látek, nestabilní psychický stav s blížící se krizí, časté riziko vyhledávající chování. Mezi doporučení patří: neprodleně po rozhovoru je nutné zajistit bezpečí klienta/pacienta a sledovat jeho stav po 24 hodin, zajistit podporu, zamezit přístupu k smrtelným metodám, zmírnění a odstranění emocionální krize. Po odeznění krize a zajištění bezpečí vykonat plnohodnotné vyšetření a vyhodnocení duševního stavu, psychických obtíží a posílit strategie na zvládání stresu.

Při vyhodnocování rizika je nutné rozlišit, kdy je jedinec schopný zvládnout krizovou situaci sám, příp. s pomocí dostupných opor (např. blízcí lidé, psychoterapeut, krizová linka) a kdy je nutná hospitalizace, při které bude poskytnuta nepřetržitá péče. Na krizové lince tyto situace řešíme často. Důležitými body jsou: navázání kontaktu, získání si klienta pro spolupráci a právě vyhodnocení akutnosti nebezpečí. Při rozpoznání hrozícího poškození zdraví, či přímo ohrožení života, je spolupráce vedena směrem k ošetření nebo hospitalizaci.

Látalová, Kamarádová a Praško (2015) nabízí postup rozhodování o případné hospitalizaci člověka, který vykazuje známky suicidálních ideací, či suicidálního chování:

- hospitalizace spíše **ne** – pokud se objevily suicidální ideace nebo je jedinec po suicidálním pokusu, kdy pokus byl reakcí na nepříznivou životní událost (např. hádka, rozchod s partnerem), byla zvolena metoda, která není příliš smrtelná (např. pokus o předávkování vitaminovými doplňky), jedinec je spolupracující, má dobré sociální zázemí, podporu od rodiny a přátel a je ochotný dodržet ambulantní léčbu, která by mohla být prospěšnější než hospitalizace,
- hospitalizace spíše **ano** – objevují se: suicidální ideace spojené s psychózou nebo jiným závažným duševním onemocněním, předchozí suicidální pokus, závažné tělesné onemocnění (např. rakovina), impulzivní, či agresivní povaha, dlouhodobá nespavost,
- hospitalizace **vždy** – po suicidálním pokusu, kdy je jedinec psychotický, depresivní (vykazuje příznaky hluboké deprese), rozrušený, má sebevražedný plán, lituje záchrany, nemá dobrou sociální podporu (např. žije osamoceně). Při sebevražedných myšlenkách je to v případě, kdy má jedinec konkrétní plán a je pevně rozhodnut vykonat sebevraždu.

Při vyhodnocování závažnosti suicidálního chování je vhodné zjistit přítomné rizikové a protektivní faktory, které ovlivňují jedincovo chování. Rizikové faktory nejsou příčinou sebevražedného jednání, ale mohou hrát roli spouštěče a zvyšovat závažnost jednání. Důkladné zmapování rizikových faktorů napomůže k lepšímu vyhodnocení aktuálního suicidálního rizika a slouží k predikci chování do budoucna.

Protektivní faktory mohou pomoci při vytváření léčebného plánu a prevenci relapsu suicidálního chování. Snižují suicidální přání, působí jako opora a napomáhají k posílení efektivních copingových mechanismů.

Carr a McNulty (2006) přináší systematicky zpracovaný a velmi obsáhlý přehled rizikových a protektivních faktorů. Tabulka č. 5 představuje jednotlivé faktory, které jsou řazeny dle oblastí, ve kterých se vyskytují.

Oblast	Rizikový (-)/protektivní (+) faktor
Suicidální záměr a ideace	<ul style="list-style-type: none"> - Sdělení o úmyslu (před samotným činem), suicidální záměr, pokročilé detailní plány, obezřetnost proti odhalení, závěrečný čin, přesvědčení o smrtelnosti a nevratnosti činu, lítost z přežití, absence snahy o vyhledání pomoci po pokusu. + Suicidální ideace, bez záměru.
Smrtnost metody	<ul style="list-style-type: none"> - Dostupnost smrtelných metod - střelná zbraň, nůž, skok z výšky, oběšení, utopení, léky. + Nedostupnost smrtelných metod
Události spouštějící suicidální chování	<ul style="list-style-type: none"> - Úmrtí významného druhého, odloučení, rozvod, ztráta zaměstnání, peněz, statutu, závažné onemocnění, či zranění, trestní stíhání, rodinný, nebo partnerský konflikt, nechtěné těhotenství, zvýšené nároky v zaměstnání. + Vyřešení interpersonálního konfliktu, přijetí ztráty a truchlení
Období	<ul style="list-style-type: none"> - Jaro, výročí ztráty, večer, víkend. + Léto, zima, pracovní dny.
Motivační faktory	<ul style="list-style-type: none"> - Sebevražda slouží k úniku od neúnosného psychického stavu, situace ztráty, zahanbení, či ponížení. Dále slouží k dosažení pomsty, potrestání sebe sama, získání péče a pozornosti, naplnění suicidální smlouvy s další osobou. + Schopnost rozvinout nedestruktivní styly zvládání, schopnost zapojit se do léčby. Schopnost regulovat obtížné psychické stavy, ovlivňovat bolestivé situace, asertivně projevovat agresi, produktivně řešit konflikty, zvládat perfekcionistická očekávání, požádat o pomoc, zvládat rozpad rodiny.
Zraňování vlastní osoby	<ul style="list-style-type: none"> - Předchozí pokusy o sebevraždu. + Žádné předchozí pokusy o sebevraždu.
Demografické faktory	<ul style="list-style-type: none"> - Muž, senioři, svobodný, rozvedený, vdovec, žijící o samotě, sociální třídy (nižší a vyšší), nezaměstnaný, nízká úroveň vzdělání, bílá rasa (platí pro USA). + Žena, mladí (neplatí u mužů 20 - 30), ženatý, sociální třídy (pracující, nižší a vyšší střední), vyšší úroveň vzdělání, jiná než bílá rasa (platí pro USA).
Primární rodina	<ul style="list-style-type: none"> - Raná ztráta v rodině, zneužívání, či trauma, suicidální pokusy v rodině, deprese, závislost na alkoholu a drogách, domácí násilí. + Rané pozitivní zkušenosti. Rodina bez suicidálních pokusů, deprese, závislosti na alkoholu a drogách, domácího násilí.

Osobnost	- Vysoká úroveň beznadějnosti, bezmocnosti, perfekcionismu, impulzivity, nepřátelství a agresivity. Nepřítomnost pozitivního přemýšlení o budoucnosti, nepružné copingové mechanismy, slabá schopnost řešit problémy, černobílé myšlení, příliš obecná autobiografická paměť, malé množství důvodů k životu.
	+ Nízká úroveň beznadějnosti, bezmocnosti, perfekcionismu, impulzivity, nepřátelství a agresivity. Přítomnost pozitivního přemýšlení o budoucnosti, pružné copingové mechanismy, dobrá schopnost řešit problémy, pestré myšlení, konkrétní autobiografická paměť, mnoho důvodů k životu.
Psychické onemocnění	- Deprese, závislost na alkoholu a dalších návykových látkách, poruchy osobnosti (hraniční, disociální), schizofrenie, přítomnost více chronických onemocnění.
	+ Dobré duševní zdraví.
Biologické faktory	- Chronická onemocnění, epilepsie, rakovina, AIDS, mozková mrtvice, závažný tělesný handicap, ostrá přetrvávající bolest, genetická predispozice k sebevraždě, úbytek serotoninu.
	+ Dobré fyzické zdraví.
Současná rodina	- Manželské neshody, násilí, nebo odluka. Rozpadlá a nepodporující rodina, vysoká míra stresu v rodině a popírání závažnosti suicidálních pokusů a proklamací.
	+ Podpůrný manželský vztah, dobře organizovaná a podpůrná rodina. Nízká hladina stresu v rodině a rodina vnímá závažnost pokusů a proklamací.
Širší sociální systém	- Život o samotě, nízká sociální opora a integrace, izolace, kriminalita, trestní stíhání, absence norem a závazku k obecně uznávaným etickým hodnotám.
	+ Život s ostatními, vysoká sociální opora a integrace, nepřítomnost kriminality a trestního stíhání, závazek k obecně uznávaným etickým hodnotám.
Léčba	- Slabá terapeutická aliance (v probíhající terapii), předcházející psychiatrická péče, sdělení o sebevražedném záměru v minulosti, nedostupnost klíčového (pro jedince) pracovníka (např. dovolená), nedávné propuštění z nemocnice, zlepšení symptomatiky bez vyřešení problémů.
	+ Dobrá terapeutická aliance, přijetí kontraktu o kontrole blízkou osobou, antisuicidálního kontraktu, stabilní vztah s klíčovým pracovníkem.

Tabulka č. 5 Rizikové a protektivní faktory, upraveno dle Carr & McNulty (2006).

Pro zjištění míry suicidálního rizika je možné využít i škál (stupnic), které jsou často ve formě dotazníku. Rothberg a Geer-Williams (1992) uvádí přehled škál, ze kterého bychom rádi

v krátkosti některé škály představili. Případné zájemce o získání hlubších znalostí v této oblasti, odkazujeme na zmíněný zdroj, ve kterém je možné získat více informací (včetně dalších odkazů na relevantní zdroje). Jedná se o tyto škály a inventáře:

- Hopelessness Scale (Škála beznadějnosti) – obsahuje 20 tvrzení (pravda/nepravda), které byly vytvořeny z výpovědí (o minulosti i budoucnosti) psychiatrických pacientů. Škálu lze použít pro rozlišení lidí, kteří proklamují sebevražedné úmysly a lidí, kteří vykazují riziko suicidálního pokusu. Existuje verze pro dospělé a verze pro děti.
- Index of Potential Suicide (Ukazatel potenciální sebevraždy) – skládá se z 59 položek, které jsou hodnoceny na pětibodové škále. Každá položka má tři verze – pro dotazovaného, examinátora a blízkou osobu. Škála byla vytvořena odborníky využitím jiných škál. Je určena pro dospělou populaci se suicidálními ideacemi.
- Reasons for Living Inventory (Inventář důvodů pro život) – obsahuje 48 výroků (pravda/nepravda), které autoři vytvořili z výroků vysokoškolských studentů, pracovníků a seniorů. Ti byli dotazováni na jejich důvody, proč stojí za to žít. Škála je určena pro dospělé a rozlišuje lidi s ideacemi, rizikem pokusu a bez rizika.
- Suicide Probability Scale (Škála pravděpodobnosti sebevraždy) – 36 položek, které se zaznamenávají na čtyřbodové škále. Škála rozlišuje, zda se jedinec pokusí o sebevraždu a je určena pro dospělou populaci.
- Suicide Risk Measure (Míra suicidálního rizika) – obsahuje 14 položek (ano/ne) a je schopna vyhodnotit riziko suicidálního pokusu.
- Clinical Instrument to Estimate Suicide Risk (CIESR, Klinický nástroj pro odhad suicidálního rizika) – seznam 15 demografických proměnných a klinických symptomů. Je určen pro dospělé (18 – 70 let), kteří byli hospitalizováni pro depresi nebo suicidální stavy (myšlenky, přání, záměr, pokus).
- Instrument for the Evaluation of Suicide Potential (IESP, Nástroj pro evaluaci suicidálního potenciálu) – sestává ze 14 položek (ano/ne) a výstupem je zjištění míry rizika (nízké, střední a náchylnost k sebevraždě).
- Intent Scale (Škála záměru) – 12 nepřímých a klinických položek zaznamenávaných na tříbodovou škálu. Je určena pro dospělou populaci.

- Los Angeles Suicide Prevention Center Scale (LASPC, Škála Los Angeleského centra pro prevenci sebevražd) – 65 položek rozdělených do deseti kategorií a každá položka je zaznamenána na desetibodové škále. Tato škála určuje míru rizika – nízká, střední a vysoká.
- Suicide Intent Scale (Škála suicidálního záměru) – 20 položek, u každé je bodové ohodnocení (0 – 2) pro závažnost. Škála je určena pro dospělé populaci (po suicidálním pokusu).
- SAD PERSONS – inventář obsahující 10 položek mapujících demografické proměnné, které se podílí na vzniku suicidálního rizika. Sad Persons znamená v překladu „smutné osoby“ (Látalová et al., 2015). Jedná se o zkratku, která představuje počáteční písmena vyhodnocovaných oblastí: sex (myšleno pohlaví), adolescence a stáří, deprese, předchozí pokus, etanol, racionální myšlení oslabeno, sociální podpora chybí, organizovaný plán, není blízká osoba, slabost a únava.

Dalším nástrojem pro vyhodnocování suicidálního rizika, který není zařazen ve výše zmíněném zdroji, je The Suicidal Behaviors Questionnaire – Revised (Osman et al., 2001). Tato metoda je využita v empirické části diplomové práce (s. 79), kde je popsána.

1.7.2 Prevence suicidálního chování

Při zvažování problematiky prevence je možné využít několik přístupů. V této práci jsme zvolili rozdělení na **primární, sekundární a terciární** prevenci.

1) Primární prevence

Je zaměřena na všechny obyvatele, má za cíl podporu zdraví (duševního i tělesného) a zvýšení povědomí o sebevražedné tematice. Má širší sociální dopad a využívá se ke snížení rizika výskytu suicidálních ideací a sebevražedného jednání (Henden, 2008).

Primární prevence obsahuje široké spektrum oblastí, ve kterých je možné působit na obyvatele tím způsobem, aby se minimalizovalo suicidální riziko. Jenkins a Singh (2000) uvádí tyto oblasti: faktory ovlivňující depresi (dobrá politika zaměstnanosti, vzdělávání, bydlení a sociální oblasti, veřejné vzdělávání v tematice sebevražd, školní edukační programy zaměřené na zvládání stresových situací, podpora

duševního zdraví na pracovišti a preventivní programy zaměřené na snížení zneužívání návykových látek), edukace a zvyšování kvalifikace odborníků (zaměřeno na schopnost včas kvalitně vyhodnotit, diagnostikovat a léčit depresi a další duševní onemocnění s depresivní symptomatikou), kontrola smrtelných metod (např. ukončení užívání svítiplynu a jeho nahrazení bezpečnějším zemním plynem) a včasné zachycení suicidálních ideací a plánů (zejm. v primární péči, tj. praktičtí a dětské lékaři).

Zásadním krokem ve zvýšení efektivnosti prevence je odstranění stigmatizace lidí, kteří sdílí své suicidální ideace. Strach a zahanbení, které nezřídka doprovází toto sebeodhalení, je velkým rizikovým faktorem. Zlehčování, znevažování a přehlížení ideací, a to zejm. od blízkých lidí, je celospolečenským problémem, který vyžaduje změnu nastavení vnímání takto tabuizovaného tématu. Při primární prevenci je důležité, aby podpora přicházela před výskytem suicidálních ideací. Ujistění, že každý může sdílet své obtíže a obavy bez odsouzení, je důležitým protektivním faktorem. Nutností je pak preventivní práce s ohroženými skupinami, a to hlavně se seniory a dospívajícími.

2) Sekundární prevence

Zahrnuje léčebné intervence (krizová intervence, hospitalizace, psychoterapie). Tento druh prevence je psychologické, lékařské i sociální povahy (uplatnění biopsychosociálního modelu). Slouží k zmírnění dopadu sebevražedného pokusu a úlevě od stresu, který je způsoben problémy a nepříznivými okolnostmi (Henden, 2008).

Ke každému případu suicidálního chování je potřeba přistupovat individuálně a zvolit vhodnou formu pomoci. V některých případech postačí akutní krizová pomoc (např. krátkodobý pobyt v krizovém centru) a následná ambulantní léčba. U závažných případů, např. při metabolickém rozvratu způsobeném otravou léky, dochází k hospitalizaci v nemocnici. Po kompenzaci somatického stavu, při přetrvávajícím suicidálním riziku, je vhodná hospitalizace v psychiatrické nemocnici.

Chehil a Kutcher (2012) uvádí 5 oblastí, se kterými je vhodné pracovat v případě suicidálního chování:

- *zajištění bezpečí* klienta/pacienta – zamezit přístupu k prostředkům, které by mohly být využity k opakování suicidálního pokusu, zajistit ventilaci emocí a snížení stresu, vyslechnout příběh (jak došlo k pokusu a co mu předcházelo), poskytnout podporu, zjistit současné copingové strategie, schopnost řešit

problémy a pracovat na vybudování nových, adaptivních strategií, mobilizovat podporu rodiny a přátel,

- *vyhodnotit situaci a vybrat vhodnou formu péče* – využít veškerou dostupnou pomoc, rozlišit, zda je nutná hospitalizace, či je dostačující ambulantní péče,
- *aktuální plánování* – sestavit léčebný plán, krizový plán (pro případ navrácení suicidálních ideací), jednotlivé kroky, které následují po propuštění z péče,
- *zjistit a vyhodnotit vhodné oblasti pro intervenci* – psychosociální krize a stresory (akutní i dlouhodobé), duševní onemocnění a jejich symptomy, neadaptivní vzorce myšlení, chování a prožívání,
- *poskytnout následnou péči* – sledování, ambulantní léčba, dlouhodobá psychoterapie, průběžné vyhodnocování suicidálního rizika.

Mezi tyto oblasti je vhodné zahrnout i vyhodnocení osobnostních rysů, např. agresivita, impulzivita, nízké sebevědomí, náchylnost k pocitům beznadějnosti a bezmocnosti (Hawton, 2005).

Specifickým doplňkem práce se suicidálními klienty/pacienty je kontrakt o neublíživání si, či antisuicidální kontrakt (Range, 2005). Jedná se o uzavření dohody mezi klientem/pacientem a poskytovatelem léčby, ve které je jednoznačně uveden závazek o nespáchání sebevraždy (příp. sebepoškozování). Může být uzavřena ústně, avšak nejčastěji se jedná o písemný dokument. Autorka uvádí, že se jedná pouze o jeden aspekt léčby, přičemž důležitější je terapeutický vztah. Tyto kontrakty nejsou funkční, pokud jsou uzavřeny příliš brzy. I po uzavření dohody je nutné sledovat a vyhodnocovat suicidální riziko. Vždy je potřeba ověřit, zda klient/pacient rozumí kontraktu a chápe jeho smysl. Tvorba kontraktu by neměla odvádět pozornost od samotné léčby a každou dohodu je nutné sestavit dle specifik klienta/pacienta. Simon (2004) uvádí, že kontrakt může sloužit k zakrytí suicidálního záměru. Proto je vhodnější souvislé vyhodnocování suicidálního rizika a práce na terapeutickém vztahu a pracovní alianci. Rudd, Mandrusiak a Joiner (2006) revidují celý koncept a navrhují alternativu – závazek k léčbě (anglicky *commitment to treatment*). Autoři uvádí, že nízká účinnost kontraktů souvisí s jeho uzavřením v prvních fázích léčebného procesu, kdy nebyl rozvinutý terapeutický vztah, tudíž závazek neměl pro klienta/pacienta hodnotu a necítil se povinen jej dodržet. Závazek k léčbě je zaměřen na souhlas s léčbou a příslibení, že se

klient/pacient pokusí vyčerpat veškerou dostupnou pomoc před tím, než se pokusí o sebevraždu. Součástí závazku k léčbě jsou detailně zpracované postupy a plány pro případ krize, suicidálních ideací, nedostupnosti terapeuta apod.

3) Terciární prevence

Jedná se o ex post prevenci, která se zaměřuje na všechny, kteří jsou zasaženi dokonanou sebevraždou, např. rodina, přátelé, spolupracovníci, spolužáci (Henden, 2008). U všech těchto skupin je nutné zjistit jejich aktuální emoční prožívání, suicidální riziko a protektivní faktory. Dále zajistit adekvátní péči (krizová pomoc, terapie, medikace, hospitalizace) a naplánovat další postup pro případ prohloubení, nebo přetrvávání akutní krize. Více se této tématice věnuje následující kapitola „Následky suicidálního pokusu“.

1.8 Následky a metody suicidálního pokusu

V této kapitole představíme možné následky suicidálního chování. Suicidální ideace, přání a záměr mohou vyústit v sebevražedný pokus, který nese důsledky pro jedince, jenž pokus uskutečnil, i jeho blízké. V případě dokonané sebevraždy dochází k ovlivnění blízkého i širšího okolí, které se musí vyrovnávat se ztrátou. Následky takového jednání lze pozorovat u přeživších (osoby, které se setkali se sebevraždou ve svém okolí). Dále v této kapitole uvádíme metody suicidálního chování, tj. způsoby, jakými se lidé pokouší ukončit svůj život.

1.8.1 Následky suicidálního pokusu

V případě sebevražedného jednání se míra a charakter následků odvíjí od zvolené metody (zátěž pro tělo, smrtelnost) a fáze (ideace, plán, či po pokusu), ve které došlo k zásahu a případnému poskytnutí péče. Při suicidálním pokusu může docházet k následkům, které jsou pro přehlednost rozděleny do 3 skupin: zdravotní, psychologické a sociální.

Mezi **zdravotní** následky můžeme řadit metabolický rozvrat, ke kterému dochází v důsledku otravy léky. Následná hospitalizace na metabolické jednotce představuje první důkladnější péči, která je po pokusu poskytnuta. Při zjištění, že se jednalo o suicidální pokus, je přivolán psychiatr, se kterým ostatní lékaři konzultují další možnosti léčby, např. převoz do psychiatrické nemocnice. Nezdařené pokusy mohou skončit poškozením některých částí těla, např. při střelném poranění dochází k poškození mozku, ochrnutí, při asfyxii dochází

k poškození mozku a následným poruchám, při skoku z výšky k poškození páteře, končetin a ochrnutí, při řezném poranění na zápěstí k porušení šlach a hybnosti rukou apod.

Psychologické následky nemusí být na první pohled tak patrné, jako tělesné. Avšak jejich závažnost není o nic menší. Velkou zátěží je stigmatizace, která doprovází téma sebevraždy. Kdo se pokusí o sebevraždu, je nezřídka označován za „blázna“, tj. za někoho, kdo trpí duševní poruchou, „není normální“ a tento předsudek může následně vyvolávat strach v okolí jedince. Jakýkoliv suicidální pokus zvyšuje riziko dalších pokusů. Nedobrovolná hospitalizace ze začátku přináší nepříjemné emoce – naštvaní, nízké hodnocení sebe sama, zahanbení apod. Tyto emoce se při dobré terapeutické práci ztrácí. U některých lidí se mohou objevit i přetrvávající pocity selhání, nízkého sebevědomí a beznadějnosti. Lítost z přežití je faktor, který komplikuje léčbu. Tento stav je nezřídka doprovázen agresivitou (vůči okolí, nebo vlastní osobě), nejistotou a opět pocity selhání z neschopnosti ukončit svůj život. Jistým pozitivním následkem může být dosažení pomoci, o kterou si nebyl jedinec před pokusem schopen říci, příp. nikdo nevyhodnotil situaci za tak závažnou, aby mu byla pomoc poskytnuta.

V **sociální** oblasti může dojít k narušení mezilidských vztahů (rozchod partnerů, přerušování přátelství atd.), které v některých případech vyústí do sociální izolace. Oba případy jsou silnými rizikovými faktory suicidálního jednání. Pokud má jedinec silné sociální vazby s lidmi, kteří překonají strach ze závažné situace a jsou otevření pro poskytnutí pomoci, mohou se po suicidálním pokusu tyto vazby i posílit a vést ke zvýšené péči. Pokud se podaří mobilizovat veškerou dostupnou podporu z okolí, jedná se o silný protektivní faktor.

Při dokonané sebevraždě hovoříme o přeživších, tj. o rodině, přátelích a dalších osobách, které prostřednictvím sebevraždy ztratili milovanou, či blízkou osobu (Grad, 2005). Přeživší jsou vystaveni traumatizujícímu zážitku, se kterým se každý člověk vyrovnává svým vlastním způsobem. Opakujícím se prvkem je zármutek (reakce na extrémní poškození sociální vazby) a truchlení. Autorka (s. 354) přináší přehled výzkumných článků, které se zabývají rozdíly u lidí procházejících truchlením. V některých případech dochází ke komplikovanému zármutku (Worchel & Gearing, 2010). Ten se od standardního procesu truchlení odlišuje skupinou symptomů, např. posedlost myšlenkami na zesnulého, oddanost jeho odkazu (např. ve formě uchování místnosti tak, jako by zesnulý stále žil), touha být se zemřelým, nezájmem o ostatní, pocity nejistoty, nadměrné zlosti a ztráty kontroly nad svým životem.

Při práci z přeživšími je vhodné zabývat se tématy, která se pojí se zármutkem a truchlením (Clark & Goldney, 2000). I když každý zažívá tento stav rozdílně, je možné nalézt společné prvky:

- **šok** při nalezení těla a zjištění, že se blízká osoba zabila,
- **úleva a neštěstí** jsou dva stavy, které se mohou objevovat zároveň; úleva z pominutí suicidální hrozby, vědomí, že mrtvý již necítí žádnou bolest a stres, úleva z představy, že život se vrátí do „normálních kolejí“; sebevražda je vnímána jako rodinné neštěstí,
- **neschopnost uvěřit**, že blízká osoba je mrtvá a že se jednalo o sebevraždu,
- **hrůza** z představy, jak musel zemřelý trpět a z bolesti, kterou prožíval během umírání,
- **jak a proč** jsou časté otázky, které přeživší kladou; jaké metody a postupy zesnulý použil při svém činu; při otázce proč se doptávají na okolnosti vzniku, na stav mysli a vztahy, které předcházely sebevraždě,
- **pocit viny** (za přispění k sebevraždě, z nezabránění činu, za nerozpoznání varovných signálů, za špatnou výchovu, za prožívanou úlevu apod.) a **zodpovědnost** za čin přisuzovanou ostatním lidem,
- **pocity opuštění, zrady a zahanbení** (za duševní onemocnění, sebevraždu),
- **stigma, ztráta důvěry a sociální izolace** způsobují narušení stávajících vztahů a zamezení vzniku nových,
- **suicidální ideace** (přání být se zesnulým, ze ztráty smyslu) a **strach ze sebevraždy druhých** (např. členů rodiny),
- **nedokončené záležitosti** s mrtvým, např. přání, myšlenky, plány a pocity, které už nikdy přeživší zemřelému nesdělí,
- **zlost** pocíťovaná vůči sobě samému, zesnulému, systému, bohu atd.

Grad (2005) uvádí faktory, které ovlivňují zpracování zármutku. Na úrovni **jednotlivce** se jedná o: osobnost přeživšího, přesvědčení, hodnoty a tabu, předchozí zkušenosti se ztrátou, sociální síť, vztah mezi přeživším a zemřelým. Na úrovni **rodiny** to jsou: mezigenerační vzorce,

fáze životního cyklu rodiny, role a pozice zesnulého, rodinné scénáře tvořené hodnotami, přesvědčeními a tabu, funkčnost/dysfunkčnost rodiny, zvládání předešlých ztrát. Na **globální** (celospolečenské) úrovni lze uvažovat o: rituálech, národní povaze, sociálních normách, kulturních a duchovních faktorech, zda sebevražda je pro společnost tabu a stigma, politických a ekonomických faktorech.

Při práci s přeživšími je vhodné zahrnout praktické intervence, které doplňují empatickou účast a podporu (Clark & Goldney, 2000). Krizová pomoc na místě úmrtí zahrnuje instrukce pro přítomné (jak se chovat na místě činu, co dělat, jaký bude následný postup), předat informace zasahujícímu týmu (policie, zdravotníci), zajištění profesionální úklidové služby. V následujících 24 hodinách je vhodné sdělit informaci o příčině úmrtí (včetně dětí), přičemž detaily není potřeba sdělovat. Nabídnout možnost spatřit tělo zemřelého (není doporučováno v případě, pokud je zohaveno). Poskytnout krizovou péči. Po uplynutí 24 hodin nabídnout poradenství a terapeutickou pomoc, vyhodnotit rizika u přeživších (zejm. suicidální riziko), poskytnout podporu, možnost ptát se po příčinách a důvodech sebevraždy (není nutné znát přímo odpovědi, důležité je sdílení a možnost ventilace emocí bez předsudků, a to i negativních), zvednout sebevědomí a pojmenovávat dílčí úspěchy a pokroky ve zlepšování stavu. Je vhodné navrátit dopis na rozloučenou (pokud byl napsán), a to při nejbližší možné příležitosti. Všechny tyto aspekty mohou přispět ke zdárnému průběhu truchlení.

Během následné terapeutické péče je nutné vytvořit bezpečné a neodsuzující prostředí, ve kterém se může terapeut zaměřit na vyjádření, provázení a zpracování emocí spojených se zemřelým - pozitivních, ambivalentních i negativních (Grad, 2005). Dále na jejich porozumění a přijetí, zejm. smutku, vzteku, strachu, úzkosti, studu, viny, sebeobviňování apod. V terapii lze využít velkou škálu prostředků a technik, které pomáhají přeživším s procesem truchlení, např. psaní dopisů na rozloučenou, dokončení nedokončených záležitostí, náhradní předměty, které mohou symbolizovat zesnulého, či vztah s ním, práci se sny a symboly. Autorka zároveň uvádí možné příčiny, proč přeživší nevyužijí odbornou pomoc: někteří si vystačí s pomocí rodiny, jiní potlačují těžké pocity a s nimi spojenou bolest; další nechtějí být označeni za přeživší a být vystaveni reakcím okolí (např. lítost, obviňování, zatracování a stigmatizace); někteří mohou pochybovat o své hodnotě a schopnostech a ze strachu, že při přijetí pomoci se jejich hodnota zmenší, ji odmítnou; někteří nestojí o vnější pomoc a snaží se udržet bolest a problémy uvnitř, příp. hledají jiné způsoby, jak přebít bolest a pocity spojené se ztrátou (např. alkohol, drogy, sex, videohry, větší objem času strávený prací); v některých případech neexistuje dostupná pomoc (např. odlehlé bydliště, „samoty“); nastavení norem a postojů společnosti, tj. jak se mají

přeživší chovat a jak se mají ostatní chovat k nim (např. chlapci nepláčou, dívky se nesmí vztekat; obojí vede k potlačení přirozené ventilace emocí).

1.8.2 Metody suicidálního pokusu

V rámci suicidálních ideací dochází k zvažování jednotlivých způsobů (metod), které lze využít k ukončení vlastního života. Je zvažována jejich dostupnost a smrtelnost (letalita). Po dosažení rozhodnutí je formulován sebevražedný plán, který obsahuje zvolenou metodu. Koutek a Kocourková (2003) rozdělují metody na měkké a tvrdé. Měkké metody mají nižší smrtelnost a nevedou k okamžitému usmrcení, např. skok z malé výšky, otrava léky. Tvrdé metody způsobují závažná poranění a smrt nastává okamžitě nebo velmi rychle, např. skok z velké výšky, použití střelné zbraně.

Při suicidálních pokusech se projevuje lidská vynalézavost a schopnost improvizovat. Způsobů, jak se zabít, je velké množství. Jednotlivé způsoby je možné pro přehlednost rozřadit do několika kategorií. Stone (2001) uvádí následující přehled metod, které lidé využívají k ukončení vlastního života:

- **asfyxie** (udušení) – provádí se přerušením přívodu kyslíku do organismu (např. nasazením igelitového sáčku na hlavu, strangulací), otravou výfukovými plyny, či oxidem uhelnatým; jedná se o vysoce smrtelnou metodu (cca 80 % lidí zemře), se středním rizikem trvalého poškození (při přežití); výhody: rychlost a bezbolestnost (pokud je provedena určitým způsobem), není potřeba speciální vybavení, ani velká fyzická síla, některé způsoby je možné provést i na lůžku; nevýhody: při přežití může dojít k trvalému poškození mozku,
- **řezné a bodné poranění** – vznikají povrchové nebo hluboké rány, které určují smrtelnost pokusu (při hlubokých poraněních se jedná o velmi smrtelnou metodu); autor uvádí, že úmrtnost je nízká (cca 5 %; důvodem může být vysoký podíl zachráněných, a to díky včasnému zásahu, příp. časté využívání této metody při sebepoškozování, kdy není suicidální záměr proveden razantně) a trvalé následky nebývají časté; výhody: pokud je provedena razantně, jedná se o velmi účinnou metodu, jejíž rychlost lze regulovat dle potřeby, téměř neomezeně dostupné prostředky (nože, žiletky); nevýhody: bolestivá metoda, pomalá ztráta vědomí,
- **utopení** – trvá cca 4 – 10 min., úmrtnost je vysoká (cca 67 – 75 %) a tato metoda vykazuje střední pravděpodobnost trvalých následků při přežití; výhody: nevyžaduje

žádné speciální vybavení nebo znalosti, relativní rychlost, v kombinaci s léky/drogami může být relativně bezbolestná; nevýhody: pravděpodobnost poškození mozku a plic, nevhodná pro osoby upoutané na lůžko, možnost záchrany až 30 min. (závisí na teplotě vody),

- **léky, chemikálie a jedy** – lidé využívají předepsané nebo volně prodejné léky, prostředky pro domácí úklid (např. saponáty, louh sodný, nemrznoucí směs do ostřikovačů) a různé jedovaté látky (např. hnojiva, pesticidy); úmrtnost je dle autora nízká (cca 1,2 – 11,4 %) a výskyt trvalých následků je proměnlivý, a to dle zvoleného prostředku; výhody: snadná dostupnost a nízké nároky na provedení (i pro děti a dospívající), lze zvolit dávku toxicity, nevyžaduje větší fyzickou sílu, či obratnost; nevýhody: u některých přípravků je dlouhá doba nástupu účinnosti, dlouhá doba, než osoba zemře, odhadnout vhodnou dávku není jednoduché, tyto metody jsou bolestivé, některé druhy způsobují závažné trvalé následky (orgánové poškození, zejm. játra a ledviny),
- **elektrický proud** – nepříliš často využívaná, avšak vysoce smrtelná metoda (úmrtnost 40 – 90 %), která způsobuje zástavu srdce, popáleniny a selhání dýchání; střední pravděpodobnost trvalých následků; výhody: vysoká smrtelnost, rychlá ztráta vědomí (při vysokém napětí) a nevyžaduje větší fyzickou sílu, či obratnost; nevýhody: při pokusu vzniká nebezpečí pro přihlížející/záchranáře, vysoká pravděpodobnost trvalých následků (např. amputace končetin) při vysokém napětí,
- **střelná zbraň** – vysoce smrtelná metoda (úmrtnost cca 80 %), zanechávající trvalé následky (zejm. poškození mozku); výhody: rychlost, velká pravděpodobnost úspěchu pokusu, nevyžaduje zvláštní schopnosti, či větší fyzickou sílu, v některých zemích lehká dostupnost (např. USA); nevýhody: nemusí být tak spolehlivá, jak si lidé myslí (např. kulka se odrazí od kosti, špatné míření v důsledku třasu), časté a závažné trvalé následky, rozhodnutí nelze vzít zpět (po výstřelu je nepravděpodobné přerušení pokusu),
- **oběšení, strangulace** (škrčení) – jedná se o účinné metody, které jsou dobře dostupné, vykazují vysokou míru úmrtnosti (cca 80 %) a představují střední riziko výskytu trvalých následků (zejm. v důsledku asfyxie, nebo poranění páteře při strangulaci); výhody: rychlá ztráta vědomí (pokud je pokus proveden správně, což vyžaduje určité znalosti a zručnost), jednoduchost (mohou provést i lidé upoutaní na lůžko), snadná

dosažitelnost prostředků (provazy, lana, dráty), relativně rychlá smrt; nevýhody: trvalé následky v důsledku přerušení přívodu kyslíku do mozku, poranění páteře,

- **hypotermie** (podchlazení) – nepříliš často využívaná, avšak efektivní metoda, zejm. v kombinaci s jinými metodami (např. otrava léky), se středním rizikem trvalých následků (např. omrzliny); výhody: nevyžaduje žádné speciální schopnosti, prostředky, nebo fyzickou sílu, vysoce smrtelná (bez včasného zásahu), možnost zvrátit své rozhodnutí; nevýhody: vysoká proměnlivost ve faktorech, které ovlivňují výsledek pokusu (např. fyzická zdatnost, termoregulace, klimatické podmínky), pomalé umírání, v některých případech závažné poranění vyžadující amputaci postižených částí těla (např. prsty),
- **skok z výšky** – jedná se o velmi smrtelnou metodu (úmrtnost 40 – 60 %, v závislosti na zvolené výšce), s častými trvalými následky (např. poranění páteře, ochrnutí, amputace končetin, porušení vnitřních orgánů); výhody: možnost přehodnotit rozhodnutí, při zvolení dostatečné výšky je vysoká pravděpodobnost dokonané sebevraždy; nevýhody: vysoké procento trvalých následků, nemožnost zvrátit pokus poté, co osoba skočí (ve vzduchu je čas na přehodnocení, ale pokus nelze vzít zpět), nebezpečí zranění/zabití kolemjdoucích.

Látalová, Kamarádová a Praško (2015) uvádí, že v České republice je nejčastější metodou oběšení, a to u mužů (67,4 %) i žen (44,8 %). Muži dále využívají k sebevraždě střelné zbraně a ženy dávají přednost otravě léky (nebo jinými prostředky), příp. skoku z výšky.

1.9 Mýty o sebevraždě

Nejen mezi širokou veřejností, ale také mezi odborníky (např. psychologové, lékaři, zdravotníci apod.), kolují některé mýty a nepřesnosti o sebevraždě a sebevražedném jednání. V následující kapitole je uveden výčet nejčastějších mýtů a omylů, které mohou přispívat k nesprávnému pochopení, vyhodnocení a stigmatizaci sebevražedného jednání. Velmi zdařilou publikací je práce Thomase Joinera z roku 2010 s názvem *Myths about Suicide* (Mýty o sebevraždě), která sloužila jako hlavní zdroj pro tuto kapitolu.

Chehil a Kutcher (2012) uvádí následující výčet nejčastějších mýtů:

- 1) když někdo mluví o sebevraždě, je nepravděpodobné, že by si nějakým způsobem ublížil – pravdou je, že mnoho lidí, kteří se o sebevraždu pokusili, mluvili o svých pocitech, myšlenkách a plánech,
- 2) sebevražda je vždy impulsivní jednání – mnoho lidí však před samotným aktem o sebevraždě nějakou dobu přemýšlí,
- 3) sebevražda je očekávanou, nebo přirozenou reakcí na stres – sebevražda není běžným důsledkem stresu; mnoho lidí zažívá stres, jen někteří však páchají sebevraždu,
- 4) sebevražda je způsobená stresem – stresová situace (např. rozchod partnerů) může být spouštěčem, nikoliv samotná příčina,
- 5) lidé, u kterých hrozí možnost sebevraždy, nevnímají sebevraždu ambivalentně – myšlenky na sebevraždu přicházejí a odcházejí, přičemž mnoho lidí, kteří zvažují sebevraždu, bojují s přáním zemřít,
- 6) lidé, kteří spáchají sebevraždu, jsou sobečtí a slabí – mnoho lidí, kteří dokonají sebevraždu, mohou trpět nerozpoznaným duševním onemocněním,
- 7) chytří a úspěšní lidé by nikdy nespáchali sebevraždu – sebevražednost není omezena na jedno etnikum, socioekonomický status, nebo rasu,
- 8) mluvení o sebevraždě s depresivním člověkem způsobí, že spáchá sebevraždu – depresivní lidé jsou často rádi, že s nimi někdo mluví o jejich sebevražedných myšlenkách, či plánech a je schopen jim pomoci,
- 9) pro sebevražedného člověka není možné cokoli udělat – sebevražední lidé mohou mít nerozpoznanou duševní chorobu a je tedy možné nabídnout adekvátní pomoc (např. farmakoterapii),
- 10) lidé, kteří se pokusí o sebevraždu, pouze chtějí pozornost ostatních – u některých lidí může sebevražedný pokus vést k prvnímu kontaktu s odbornou pomocí. Lze na něj nahlížet, jako na volání o pomoc.

Zajímavý výzkum provedl Segal (2001), který zkoumal znalosti o sebevraždách u mladších a starších dospělých (celkem 116 respondentů, věkové rozpětí 17 – 79 let). K výzkumu využil dotazník znalostí o sebevraždě (Suicidal Knowledge Quiz), který obsahuje 47 výroků ohledně sebevražedného jednání. Tyto výroky zahrnují znalosti (např. nejčastější způsob sebevraždy) a mýty (např. sebevražda je známkou šílenství, počet sebevražd ovlivňuje fáze měsíce). Autor rozlišuje výsledky na „dobrá“ a „slabá“ znalost. Hranice úspěšnosti pro dosažení „dobré“ znalosti je 70 % správných odpovědí. Z výsledků vyplývá, že obě skupiny vykazují „slabé“ znalosti, přičemž mladší dospělí (věk 17 – 52) dosahovali lepších celkových výsledků než starší dospělí (věk 55 - 79).

V následující části je podrobněji popsáno několik nejčastějších a důležitých mýtů, které se týkají sebevražedného myšlení a jednání.

Sebevražda je jednoduchá

Někteří lidé pohlíží na sebevraždu, jako na něco, co využívají zbabělci, kteří nevládají svůj život a volí tedy tuto „jednoduchou“ cestu z bolestného bytí na tomto světě. Stále je sebevražda vnímána jako tabu a s tím je spojena i její stigmatizace (např. lidé, kteří se pokusí o sebevraždu, jsou označováni za „blázny“, příp. zbabělce).

Každý živý organismus na této planetě přirozeně tíhne k expanzi a uchování života. U lidí nezdá se vzbuzuje představa smrti existenciální úzkost a přirozený strach (Joiner, 2010). Bylo by tedy mylné, kdybychom považovali ukončení vlastního života za něco snadného. Joiner uvádí sdělení pacientky, která svůj pokus o sebevraždu přežila a vypověděla: *„Nyní již vím, že podřezat si žíly, nebylo tak poetické, ani snadné, jak jsem si myslela. Díky srážení krve a malátnosti je ve skutečnosti celkem obtížné zemřít na tato zranění. Večer se táhnul a já byla zaneprázdněna opětovným otevíráním tvrdohlavými žilami, které se neustále ucpávaly sraženou krví. Byla jsem trpělivá, vytrvalá a řezala se přes hodinu. Bitva s mým tělem o tom, zda zemřu, byla nečekaná a po tom, co jsem svedla dobrý boj, jsem omdlela.“* (s. 13). Z tohoto případu je patrné, jak je tělo (organismus) nastaven na zachování své existence. Překonat tento přírodou daný mechanismus není snadné a vyžaduje určité úsilí, stejně jako boj se strachem z umírání.

Dle interpersonální teorie sebevraždy je nutné dosáhnout schopnost (acquired capability) k sebevraždě. Jedním z prvků je nebojácnost (fearlessness), kterou je možné získat častým setkáváním se s bolestí a zraněním, a to nejen vlastním zážitkem, nýbrž i při častém

setkávání se s osobami, které zažívají bolest, či zranění (Joiner, Van Orden, Witte & Rudd, 2009).

Díky této nebojácnosti jsou lidé, kteří při pokusu o sebevraždu, příp. při přemýšlení o tom, že by si ublížili, nezáváhají. U dokonaných sebevražd se nezřídka objevují tzv. zranění z váhání (hesitation wounds), např. při pokusu probodnout si srdce je na těle patrně několik dalších poranění, která nejsou tak hluboká a ukazují na nezdařilost prvního zásahu (Joiner, 2010).

Sebevražda je akt zlosti, agrese, nebo pomsty

Ačkoliv je zlost rizikovým faktorem, není sebevražda inherentně aktem vycházejícím ze zlosti (Joiner, 2010). Existuje mnoho zlostných lidí, kteří však nepáchají sebevraždy. Joiner dále uvádí, že v rizikové skupině jsou spíše lidé, u kterých se vyvinula schopnost pro agresivitu, a to pouze v případě, že tito lidé pociťují, že nikam nepatří a vnímají sami sebe jako přítěž pro ostatní. Sebevraždu Joiner nepovažuje za akt pomsty. Tento aspekt je v některých případech obsažen, avšak jedná se o sekundární motiv, nikoliv primární. Na několika případech z praxe dokládá, že lidé, kteří páchají sebevraždu, se spíše snaží zmírnit dopady svého jednání na blízké osoby.

Ze své praxe na krizové lince usuzujeme, že motiv pomsty je někdy přítomný, např. u rozhodů, kdy člověk, který „dostal košem“ uvažuje o sebevraždě a má představu, že když ho milovaná osoba najde, tak bude rozchodu litovat. Primárním motivem není pomsta, nýbrž fantazie o důležitosti pro druhého, i když došlo k rozchodu. Někdy se setkáváme i s tím, že je pohrůzka sebevraždou využívána jako citové vydírání, které má za cíl přivést milovanou osobu zpět. Opět nejde o akt agrese, či pomsty, nýbrž o akt zoufalství, které je spojeno s rozpadem vztahu.

Možný vysvětlením, proč někteří lidé vnímají sebevraždu, jako akt agrese, může být projikování vlastní agrese (Joiner, 2010). Někteří pozůstalí nejsou schopni pochopit, či si připustit, že jejich blízký spáchal sebevraždu a nahromaděné pocity agrese projikují na zemřelého. Stejně tak v případě, kdy vůči zemřelému cítí vztek (např. za to, že je nechal na světě samotné) a kvůli ambivalenci nemohou tento vztek plně prožít, dochází k jeho projikování na zemřelého. Sebevražedný akt je pak vnímán jako agrese (vůči světu, pozůstalým).

Sebevražda je sobecká

S názorem, že sebevražda je sobecký akt, je možné se setkat u lidí, kteří nepozbyli pocit sounáležitosti (belongingness) a vnímají tak sebevraždu, jako čin, který je bezohledný vůči dalším lidem, např. rodině (Joiner, 2010).

Tento pohled lze vnímat v pozitivním i negativním smyslu. Pozitivní je v případě, že někdo nespáchá sebevraždu, protože nechce druhým ublížit. Např. věta, kterou často slyšíme na linkách důvěry je: „Myslím na sebevraždu, ale nechci to udělat, protože by mi to přišlo sobecké vůči lidem, na kterých mi záleží.“. Negativně je pak sebevražda vnímána pozůstalými. Zde však dochází k ovlivnění negativními emocemi (zejm. zlostí na sebevraha, např. za to, že je zanechal samotné). Sebevražda tedy není sobecká *per se*, záleží na tom, kdo a jakým způsobem ji hodnotí.

Joiner (2010) dále rozvádí myšlenku, že v případě pozbytí pocitu sounáležitosti si lidé, kteří zvažují sebevraždu, myslí, že ostatním bude bez nich lépe. Jelikož vnímají (ať už fakticky, či jen domněle), že ostatním způsobují bolest, jeví se sebevražda jako způsob, kterým mohou ostatním od této bolesti ulevit. Z tohoto pohledu je tedy sebevražda antitezí sobeckosti.

Sebevražda je druhem vlády nad sebou

Předpoklad, že možnost sebevraždy, je vždy formou vlády nad sebou, či kontroly, je zavádějící (Joiner, 2010). Je nutné rozlišit lidi, kteří chtějí mít širokou paletu možností, včetně sebevraždy (jako poslední možnost) a lidi, kteří se rozhodli spáchat sebevraždu. V prvním případě je motiv kontroly mylně vyhodnocen jako primární. V druhém případě, kdy lidé nemají kontrolu nad svým životem, hledají oblast, ve které mohou kontrolu získat. Tím, že získají kontrolu nad svou smrtí, se snaží získat kontrolu nad svým životem. Způsobem, kterým toho mohou dosáhnout, jsou fantazie o sebevraždě. Představami o reakcích ostatních, až se dozví o sebevraždě, nebo představami o zbavení se životních nepříjemností, se snaží rozšířit kontrolu nad obtížnými životními situacemi.

Většina lidí, kteří páchají sebevraždu, nemají plány do budoucna

Představa, že lidé, kteří mají plán na kratší, či delší čas dopředu, nespáchají sebevraždu, je mylná (Joiner, 2010). Sebevražda je čin, který je ze své podstaty ambivalentní. Při zvažování ukončení vlastního života, je v lidech přítomna část, která chce žít a část, která chce zemřít. V čase, kdy převládá ta část, která chce žít, lidé plánují, co budou dělat večer, příští týden apod.

Sebevražda je dynamický jev, při kterém se obě části střídají. I když v určitém momentu převládá část zastupující život, druhá část, která zastupuje smrt, nemizí.

Sebevražda je často založena na momentálním rozhodnutí

Představa, že sebevraždy lidé páchají na základě momentálního impulzu je často ovlivněna nedostatkem vstupních informací o osobě, která chce sebevraždu spáchat (Joiner, 2010). Tato představa se hojně objevuje v krásné literatuře. Ve skutečnosti mají sebevražední lidé možnost sebevraždy uloženou ve svém repertoáru možností, a to po určitou dobu před samotným sebevražedným pokusem. Impulzivní vlastnost sebevraždy je pak špatně vyložena jako primární příčina, která je vztažena na celý sebevražedný proces.

Toho, kdo spáchá sebevraždu, je možné odhalit podle jeho vzhledu

Změna k horšímu ve vzhledu nenaznačuje, že chce někdo spáchat sebevraždu (Joiner, 2010). Tato změna může být signálem toho, že se s daným člověkem něco děje, např. zanedbaný vzhled u člověka v depresi naznačuje ztrátu zájmu o svůj zevnějšek, což není bezpečným indikátorem sebevražednosti. Někteří lidé o svůj zevnějšek nepečovali již dávno před tím, než spáchali sebevraždu. Není tedy možné automaticky předpokládat, že je možné rozpoznat, zda má někdo sebevražedné ideace a úmysly na základě změny ve vzhledu.

Musíte být nepřítelny, abyste spáchal sebevraždu

Mnoho lidí není schopno pochopit, že si někdo může vzít život (Joiner, 2010). Tuto událost si pak vysvětlují tím, že takový člověk byl nepřítelny („smyslů zbavený“). Lidé, kteří sebevraždu spáchají, nejspíše prochází určitým psychickým zlomem, který se však váže k pohledu na smrt. Tu pak vnímají jako úlevu – pro sebe i pro ostatní. Tento zlom není totožný s psychotickým stavem, či deliriem.

Často se při rozhovoru s lidmi, kteří zvažují sebevraždu, setkáváme s důrazem na to, abychom je nevnímali jako „blázný“, tj. někoho, kdo jedná jako „smyslů zbavený“.

1.10 Autobiografická paměť u lidí po suicidálním pokusu

Jednou z oblastí, ve které je možné aplikovat poznatky o autobiografické paměti, je suicidální chování. Za posledních 30 let provedli odborníci ve světě řadu výzkumů, které měli za cíl zjistit podíl autobiografické paměti na vývoji suicidálního chování. V těchto výzkumech se jejich autoři zaměřovali i na různé aspekty autobiografické paměti (za využití Testu autobiografické paměti, AMT), a to zejm. na nízkou specifitu a vztah autobiografické paměti k řešení problémů (anglicky *problem solving*).

Williams a Broadbent (1986) zkoumali vztah emocí (nálad) a paměti u skupiny lidí po suicidálním pokusu (předávkování léky, max. 72 hodin po pokusu), což je skupina, která se vyznačuje vysokou mírou emočního rozrušení, beznaděje a zranitelnosti. V rámci výzkumu využili AMT, který popisujeme v kapitole č. 2.3.1 (s. 77), aby zmapovali, zda respondenti vykazují zvýšenou latenci při produkování odpovědí a také, zda dochází k přílišnému zobecňování. Autoři zjistili, že osoby po suicidálním pokusu mají tendenci při vybavování si konkrétních vzpomínek k vyšší latenci v odpovědích, tj. trvá jim delší dobu, než si vybaví konkrétní vzpomínku, a to u pozitivně emočně zabarvených podnětových slov. Tento trend se neobjevuje u negativně zabarvených slov, což bylo překvapivým zjištěním, neboť osoby se suicidálním pokusem zažívali ve svém životě velké množství negativních událostí a lze tedy usuzovat, že si budou tyto události vybavovat rychleji. Důvodem jsou, dle autorů, nevhodné strategie vybavování vzpomínek, kdy si probandi (po suicidálním pokusu) vybavují spíše obecné (např. „když jsem byl malý“) než konkrétní vzpomínky.

Využívání této strategie potvrdil i další výzkum (Williams & Dritschel, 1988). Autoři zjistili, že statisticky významně více zobecňují lidé se suicidálním pokusem v anamnéze (předávkování léky, 3 – 14 měsíců po pokusu), avšak tato skupina vykazovala běžné rozložení konkrétních vzpomínek ve vztahu k emočnímu zabarvení podnětového slova (více vzpomínek produkovali na pozitivně zabarvená slova). Příliš obecná autobiografická paměť je ovlivněna procesem, ve kterém dochází k ukládání obecných kontextů (událostí) a potíží ve využívání vodítek v paměti pro vyhledávání specifických vzpomínek. Dále je paměť ovlivněna emočním rozrušením v době ukládání do paměti a negativními zážitky, které mohou narušit procesy v paměti. Příliš obecná paměť a následné obtíže ve vybavování konkrétních vzpomínek může negativním způsobem ovlivňovat terapeutický proces změny (např. klient se popisuje obecnými výroky „vždy jsem byl nula“ a není schopný si vybavit konkrétní situace, kdy tomu tak bylo a nebylo).

Hermans et al. (2008) uvádí, že příliš obecná autobiografická paměť nejdříve plnila u některých lidí ochrannou funkci, kdy jim pomáhala se zapomínáním negativních událostí. Prostřednictvím specifického stylu zpracování informací, kdy při ukládání je využíváno kategorické ukládání, dochází k přílišnému zobecňování při ukládání i vybavování. Tato strategie se však postupem času stala rigidní, což může mít za následek depresi.

Vztahem mezi autobiografickou pamětí a představami o budoucnosti se zabývali Williams et al. (1996) a došli k závěru, že přílišné zobecňování při vybavování si vzpomínek z paměti snižuje schopnost utvořit si konkrétní představu o budoucnosti. Během vybavování konkrétní vzpomínky dochází nejdříve k vyhledání obecnější kategorie, přičemž následně dochází k hledání konkrétní události z této kategorie. Osoby s příliš obecnou pamětí zůstávají při vyhledávání u prvního kroku. Stejný proces je využíván i u vytváření představ o budoucnosti. Z toho vyplývá, že lidé, kteří vykazují známky příliš obecné autobiografické paměti (nekonkrétní vzpomínky), tvoří i nekonkrétní představy o budoucnosti. Autoři dále potvrdili trend, kdy lidé se suicidálním pokusem vykazovali menší počet konkrétních vzpomínek (u pozitivně, negativně i neutrálně zabarvených podnětových slov). Dále předpokládají, že tyto procesy mají vliv na vytváření efektivních strategií při řešení problémů (obecná paměť a neschopnost vytvoření konkrétní představy budoucnosti inhibují vznik strategií).

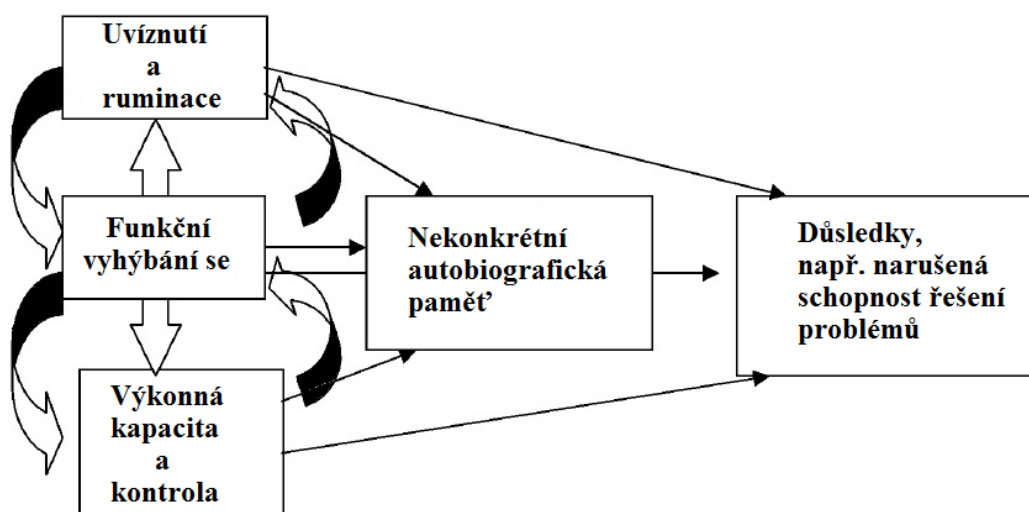
Co tedy způsobuje příliš obecnou autobiografickou paměť? Williams (2006) vytvořil model popisující skryté procesy, které se podílí na přílišné obecnosti. Tento model nazval **CaRFAX** a skládá se ze tří komponent:

- 1) *Capture and Rumination* (CaR) – uvíznutí a ruminace. Tato komponenta se vyznačuje neustálým přehráváním vzpomínek, přetrvávajícím navracením se k stejnému tématu a ulpíváním na tomto tématu, které je obecné povahy (např. „jsem smutný“; chybí konkretizace příčiny smutku). Aby tento efekt nastal ve vztahu k autobiografické paměti, musí se vzpomínky týkat self.
- 2) *Functional Avoidance* (FA) – funkční vyhýbání se. Tato strategie při vybavování vzpomínek z autobiografické paměti umožňuje snižovat emoční rozrušení, které se objevuje u vzpomínek s negativním nábojem. Čím konkrétnější by byla vybavená vzpomínka, tím vyšší by mohlo být emoční rozrušení. Vyhnutí se takto konkrétní

vzpomínce (jejím zobecněním) představuje tedy funkční způsob, kterým se snaží jedinec dosáhnout emoční rovnováhy.

- 3) *Executive Control dysfunction* (X) – narušená funkce výkonné kontroly. Vybavování z paměti zahrnuje vyšší výkonné procesy (např. plánování), které jsou narušeny příliš obecnou pamětí. Snížená výkonná kapacita způsobuje snížení kognitivní iniciativy.

Následující obrázek č. 4 znázorňuje vztah a působení jednotlivých komponent (Williams, 2006). Ačkoliv jsou jednotlivé komponenty ve vzájemném vztahu, mohou působit na autobiografickou paměť nezávisle na sobě.



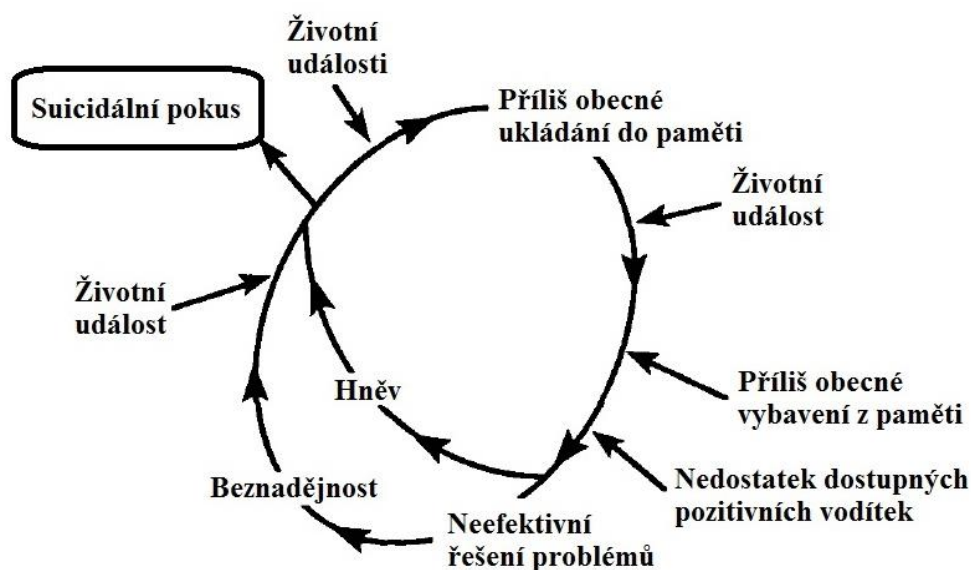
Obrázek č. 4 Komponenty CaRFAX modelu a jejich působení (Williams, 2006).

Sumner, Griffith a Mineka (2011) zkoumali vztah mezi CaR (uvážnutí a ruminace) a FA (funkční vyhýbání se). Potvrdili, že obě komponenty se podílí na vzniku a průběhu příliš obecné autobiografické paměti, avšak nenalezli žádný významný vzájemný vztah mezi těmito komponentami. Třetí komponentu do svého výzkumu nezahrnuli.

V procesu **řešení problémů** hraje roli autobiografická paměť, a to zejm. příliš obecné vybavování vzpomínek. Řešení problémů lze definovat jako „*kognitivní proces, ve kterém jsou informace využity k dosažení cíle, který je blokován určitou překážkou*“ (Lahey, 1995, s. 290). Setkání s překážkou může být frustrující a u některých lidí prohlubovat pocity beznaděje. Neúčelné způsoby zvládání stresu a interpersonálních obtíží mohou vést k suicidálnímu pokusu.

Pollock a Williams (2001) se zabývali vztahem příliš obecné autobiografické paměti a interpersonálního řešení problémů, a to u lidí po prvním suicidálním pokusu. Suicidální skupina vykazovala vyšší míru obecných vzpomínek a horší řešení problémů. Pro měření efektivních strategií při řešení problémů využili autoři metodu *The Means-Ends Problem-Solving Procedure* (do češtiny můžeme přeložit jako Procedura řešení problémů Způsoby-Cíle), jejíž podstatou je prezentování situace respondentovi, ve které má předem danou určitou potřebu a požadovaný konečný stav (cíl) a respondent poté produkuje možné způsoby, kterými lze dosáhnout daného cíle. Autoři uvádí, že čím obecnější bylo vybavování z paměti, tím větší obtíže měli lidé po suicidálním pokusu s tvorbou efektivních strategií řešení problémů.

Těchto výsledků dosáhli již dříve ve svém výzkumu Evans, Williams, O’Laughlin a Howells (1992), kteří zjistili, že lidé po suicidálním pokusu vykazují větší míru obecnosti při vybavování vzpomínek u pozitivně zabarvených podnětových slov, vyšší latenci v produkování odpovědí a méně efektivní strategie řešení problémů. Osoby ze skupiny se suicidálním pokusem vykazovaly statisticky významně vyšší hladiny hněvu a beznadějnosti. Následující obrázek č. 5 ukazuje způsob, jakým se příliš obecná autobiografická paměť a neefektivní strategie řešení problémů mohou podílet na vzniku suicidálního pokusu.



Obrázek č. 5 Možný podíl autobiografické paměti a řešení problémů na vzniku suicidálního pokusu (Evans, Williams, O’Laughlin & Howells, 1992).

Cyklus začíná životními událostmi, které se do paměti uloží jako příliš obecné, následuje další životní událost, po které přichází příliš obecné vybavení vzpomínky (Evans, Williams, O’Laughlin & Howells, 1992). Při nedostatku pozitivních vodítek, které by mohly

pomoci při hledání specifické vzpomínky, dochází k neefektivnímu řešení problému, což vede k beznadějnosti. Následuje další životní událost (negativní), ke které se přidá hněv (původ má již z doby před neefektivním řešením problémů a po celou dobu se zesiloval) a výsledkem může být suicidální pokus (za předpokladu dalších rizikových faktorů).

Vztahem mezi ruminacemi (opakované zaobírání se pocity, jejich příčinami, smyslem a důsledky) a řešením problémů se zabývali Raes et al. (2005). Zjistili, že spolu významně souvisí snížená specifita při vybavování z autobiografické paměti, ruminace a neefektivní strategie řešení problémů. Dokládají, že neefektivní řešení problémů nesouvisí čistě jen s emocemi nebo obecnou pasivitou, ale právě s ruminacemi a sníženou specifitou. Ruminace negativně ovlivňují řešení problémů prostřednictvím snížené specifity autobiografické paměti. Autoři upozorňují, že toto není jediný způsob, jak dochází k neefektivnímu řešení problémů a zdůrazňují, že je potřeba dalších výzkumů v této oblasti.

2. EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části diplomové práce představíme výzkumný projekt, který se zabývá autobiografickou pamětí u skupiny lidí po suicidálním pokusu. Popíšeme cíle výzkumu, hypotézy spojené s výzkumem, využití metody získávání dat, výzkumný vzorek a dále kritéria pro zařazení do tohoto vzorku, statistické zpracování a výsledky zjištěné z tohoto výzkumu.

2.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je ověření výsledků dříve publikované práce o autobiografické paměti u lidí po suicidálním pokusu (Williams & Broadbent, 1986). Tato studie je 30 let stará, přesto není autobiografická paměť u takto specifické skupiny dosud v našich podmínkách zmapována. Výzkum v této diplomové práci se zaměřuje na obecnou schopnost vybavovat si informace z paměti, a to z té části, která obsahuje vzpomínky na vlastní život (autobiografická paměť). Ve výzkumu se soustředíme na rozdíly v latenci (rychlost odpovědi na podnětové slovo), počtu vyprodukovaných autobiografických vzpomínek a zobecňování (větší množství nekonkrétních vzpomínek). Vzorek je tvořen lidmi (pokusnými osobami), kteří mají v anamnéze suicidální pokus, a to ne starší než 3 měsíce (v den dotazování). Srovnávací skupinu poté tvoří lidé (pokusné osoby), kteří nemají v anamnéze žádný suicidální pokus.

Širším cílem výzkumu je připravit si půdu pro další výzkumnou činnost v oblasti autobiografické paměti u lidí po suicidálním pokusu a přinést nové poznatky do složité mozaiky, kterou představuje suicidální chování. Nezanedbatelným cílem je zamyšlení nad možností praktického využití získaných poznatků, zejm. v prevenci sebevražedných pokusů.

2.2 Výzkumné hypotézy

Při vytváření hypotéz jsme se inspirovali původním výzkumem Williamse a Broadbenta (1986) a pro empirickou část této diplomové práce jsme zvolili následující výzkumné hypotézy:

- 1) Předpokládáme, že u **S skupiny** bude statisticky významně **vyšší latence** v odpovědích, které splňují definici autobiografické vzpomínky. Latence bude vyšší u slov s pozitivním i negativním nábojem a také u všech slov celkem.

- 2) Předpokládáme, že statisticky významně **více autobiografických vzpomínek** bude produkovat **NS** skupina, a to u všech slov celkem, u slov s pozitivním i negativním nábojem.
- 3) Předpokládáme, že u **S skupiny** dochází k statisticky významně **většímu zobecňování** (méně konkrétních) autobiografických vzpomínek, a to u obou skupin slov (pozitivních, negativních).
- 4) Předpokládáme, že **počet dnů** od suicidálního pokusu **nemá vliv na latenci** odpovědi (průměrná latence nebude statisticky významně vyšší), a to ani u pozitivně a negativně zabarvených podnětových slov, ani u všech slov celkem.
- 5) Předpokládáme, že **S** skupina bude mít statisticky významně **vyšší hodnoty** u **negativních** strategií v dotazníku SVF 78.

2.3 Metody získávání dat

Během dotazování všichni účastníci absolvovali Test autobiografické paměti, Suicidal Behaviors Questionnaire, dále vyplnili Beckovu sebesuzovací škálu depresivity pro dospělé a dotazník Strategie zvládání stresu. U skupiny se suicidálním pokusem bylo zaznamenáno několik dalších údajů: datum pokusu, hospitalizace, způsob pokusu o sebevraždu a diagnóza.

2.3.1 Test autobiografické paměti (*Autobiographical Memory Test, AMT*)

Princip tohoto testu je založen na asociačním experimentu, kdy dotazovaní sdělují vzpomínky, které se objeví při přečtení podnětového slova. AMT slouží k zjištění latence odpovědi na podnětové slovo, schopnosti vybavovat si konkrétní vzpomínky (míra zobecňování, specificita) a vztahu emočního náboje k případné patologii (Rubin & Wenzel, 2005).

AMT se skládá z celkem 12 emočně zabarvených podnětových slov a 2 neutrálních (zácvikových). Mezi pozitivní slova jsme zařadili: klidný, šťastný, v bezpečí, nadšený, úspěšný, překvapený (příjemně). Z negativně zabarvených slov jsme využili: zahanbený, smutný, naštvaný, nešikovný, zraněný (citově), osamělý. Jako zácviková slova jsme použili „oběd“ a „příroda“. Do výsledků je zařazeno 10 slov. První 2 emočně zabarvená slova (klidný a zahanbený) nejsou zařazeny, neboť jsme je využili jako přechodová slova k ověření toho, zda probandi pochopili, co je od nich vyžadováno. Každé slovo bylo vytištěno na tabuli, a to z toho

důvodu, aby nedocházelo k ovlivňování dotazovaných, např. tónem hlasu. Vytvořili jsme 2 sady tabulí – jednu verzi pro muže a druhou pro ženy. Při výběru slov jsme se inspirovali původním výzkumem (Williams & Broadbent, 1986).

Pro účel našeho výzkumu jsme zvolili následující podmínky, které určují, zda se jedná o autobiografickou vzpomínku:

- vzpomínka musí být v přímé souvislosti s dotazovaným, tj. týká se jejích osoby, nikoliv někoho druhého,
- vzpomínka se týká události, která se odehrála během jednoho dne,
- vzpomínka obsahuje detaily, např. den v týdnu, kdy se událost stala, popis místa, konkretizace toho, co se dělo apod.

Postup při administraci je následující:

- 1) každému probandovi je vysvětlen účel AMT (tj. slouží k zmapování schopnosti vybavit si zážitky ze života) a jeho podoba (včetně nutnosti pořízení zvukového záznamu),
- 2) následuje instrukce, jakým způsobem bude AMT probíhat a jaký druh odpovědi je žádoucí – a) musí se jednat o vzpomínku, tj. něco, co se stalo v minulosti, b) může to být vzpomínka den, či např. 20 let stará, c) musí se týkat přímo dotazovaného, d) může se jednat o drobnou vzpomínku i důležitou událost, e) musí být jednorázové povahy (pokud se opakuje, proband vybere jeden konkrétní zážitek); dále je dotazovaný informován, že na každou tabuli má 1 minutu, během které je žádoucí, aby vyprodukoval co nejvíce autobiografických vzpomínek,
- 3) experimentátor předvede na zácvikovém slově, jak by měly vypadat žádoucí odpovědi a poté společně s probandem ověří na druhém zácvikovém slově, zda dotazovaný porozuměl instrukci,
- 4) následují emočně zabarvená slova, přičemž u prvních dvou (slouží jako přechodová) je proband, v případě, že vyprodukoval nežádoucí odpověď, na toto upozorněn a experimentátor ho povzbuzuje v tvorbě autobiografických vzpomínek, příp. dochází k opětovnému ověření, zda dotazovaný instrukci pochopil; během dalších 10 slov již experimentátor zasahuje pouze v případě, že dochází k zacyklení v odpovědích, které se týkají přítomnosti, či budoucnosti,

- 5) součástí dotazování je krátké sdílení zážitku AMT (zejm. ujištění, že nedošlo k nežádoucímu rozrušení zkoumaného) a prostor pro dotazy ze strany probanda.

Při vyhodnocování testu je zaznamenáno:

- reakční čas první odpovědi (jakékoliv), v sekundách,
- reakční čas první autobiografické vzpomínky, v sekundách (pokud proband nevyprodukuje žádnou autobiografickou vzpomínku, započítává se hodnota 60 sekund),
- počet autobiografických vzpomínek,
- počet ostatních vzpomínek.

Pro ilustraci uvádíme příklady odpovědí, které splňují požadavky na zařazení mezi autobiografické vzpomínky:

- 1) Podnětové slovo: šťastný, odpověď: „Když jsem v roce 2002 udělal maturitu, oslavili jsme to s kamarády a šel jsem dělat podporu těm, kteří ještě šli ten stejný den odpoledne na řadu.“
- 2) Podnětové slovo: smutný, odpověď: „Teď jsem byl smutnej, minulý týden, jak jsem se rozešel s M., v Brně. Seděli jsme tam v hospodě s I. a byl jsem smutnej. Pak mě to začalo přecházet, tak to jsem byl rád.“

2.3.2 *Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ-R)*

Dotazník suicidálního chování lze využít jako screeningový test pro zjištění suicidálního rizika. Dotazník obsahuje 3 otázky na předcházející zkušenost se sebevražednými pokusy a 1 otázku týkající se budoucnosti (Osman et al., 2001). Autoři dotazníku uvádí, že hranice pro určení zvýšeného rizika (cut-off score) je 8 bodů pro psychiatrickou a 7 bodů pro všeobecnou populaci. Specifita dotazníku je 91 % u psychiatrické populace a 95 % u všeobecné, senzitivita je 80 % u psychiatrické a 93 % u všeobecné populace. Ačkoliv je dotazník koncipován tak, že ho vyplňují sami probandi, v našem výzkumu jsme zvolili formu rozhovoru, a to vzhledem k tématu (suicidální pacienti) i stavu dotazovaných. Tento dotazník jsme využili pro zjištění suicidálního rizika a ověření, zda se lidé ve srovnávací skupině nepokusili v minulosti o sebevraždu. Český překlad dotazníku se nachází v příloze č. 1 (s. 118). Pro

zjednodušení zaznamenávání informací jsme na stejný list přidali otázku na počet pokusů (0, 1, 2 a více).

2.3.3 Beckova sebehodnotovací škála depresivity pro dospělé BDI – II

Tento dotazník vytvořili Beck, Steer a Brown (původní vydání v roce 1996) a primárně slouží k určení hloubky depresivních symptomů – minimální, mírná, střední a těžká. Českou verzi vytvořili Preiss a Vacíř (1999). Obsahuje 21 sebehodnotících výroků, které prozkoumávají různé oblasti života dotazovaného, např. smutek, pesimismus, minulé selhání, sebevražedné myšlenky atd. Hodnocení se vždy vztahuje k období za posledních 14 dní (včetně dne, kdy dochází k administraci). Deprese je v kontextu tohoto dotazníku vnímána jako stav, nikoliv rys osobnosti.

Pro účely našeho výzkumu jsme využili tento nástroj pro zjištění, zda dotazovaný vykazuje depresivní symptomy. Autoři v příručce uvádí vodítko, kterým jsme se řídili i my. Hraniční hodnotou (cut-off score) je 17 bodů, tj. všichni, kteří dosáhli 17 a více bodů, byli označeni jako depresivní. Zájemce o hlubší poznání dotazníku odkazujeme na již zmíněnou příručku.

2.3.4 Strategie zvládání stresu – SVF 78

Janke a Erdmann vytvořili v roce 2002 novou verzi dotazníku (původní obsahovala 120 položek) a první české vydání přeložil a upravil Švancara (2003). Dotazník slouží k zachycení způsobu zpracování a zacházení se zátěžovými situacemi. Obsahuje 78 výroků, které jsou koncipovány jako způsoby reakce na stresovou událost a proband zaznamenává své odpovědi na 5bodové škále. Autoři uvádí, že způsob zvládání stresu je určitý myšlenkový pochod (vědomý, či nevědomý), který má za cíl zmírnění stresové situace nebo její odstranění. Celý dotazník obsahuje třináct subtestů, které autoři definují takto:

- podhodnocení – sklon přisuzovat si menší míru stresu ve srovnání s ostatními,
- odmítání viny – zdůrazňování, že nejde o vlastní odpovědnost,
- odklon – odklon od stresujících situací a aktivit, popř. příklon k situacím neslučitelných se stresem,
- náhradní uspokojení – tendence obracet se k pozitivním aktivitám a situacím,

- kontrola situace – sklon k analyzování situace, plánování a uskutečnění jednání za účelem kontroly a řešení problému,
- kontrola reakcí – sklon zajistit si nebo udržet kontrolu vlastních reakcí,
- pozitivní sebeinstrukce – tendence přisuzovat sobě kompetenci a schopnost kontroly,
- potřeba sociální opory – přání zajistit si pohovor, sociální oporu a pomoc,
- vyhýbání se – tendence zamezit zátěžovým situacím, vyhnout se jim,
- úniková tendence – rezignační tendence vyváznout ze stresové situace,
- perseverace – neschopnost se myšlenkově odpoutat, dlouhé přemítání,
- rezignace – vzdání se, které je doprovázené pocity bezmoci a beznaděje,
- sebeobviňování – sklon připisovat zátěž vlastnímu chybnému jednání.

Subtesty jsou sdruženy do 3 skupin:

1) Pozitivní strategie

Tato skupina se skládá ze tří podoblastí – strategie přehodnocení a strategie devalvace (subtesty: podhodnocení, odmítání viny), strategie odklonu (subtesty: odklon, náhradní uspokojení) a strategie kontroly (subtesty: kontrola situace, kontrola reakcí, pozitivní sebeinstrukce).

2) Zřídka se vyskytující strategie

Skládá se ze subtestů: potřeba sociální opory a vyhýbání se.

3) Negativní strategie

Obsahuje subtesty: úniková tendence, perseverace, rezignace a sebeobviňování.

Hlubší charakteristiku strategií, informace k jednotlivým subtestům a další informace o dotazníku naleznou případní zájemci ve výše zmíněné příručce.

Pro účely našeho výzkumu využijeme tento dotazník k prozkoumání přítomnosti negativních strategií zvládání stresu, které se mohou podílet na rozvoji suicidálního chování.

2.4 Výzkumný vzorek, kritéria pro zařazení do vzorku, sběr dat

Výzkumný vzorek tvoří dvě skupiny – a) skupina se suicidálním pokusem v anamnéze, označena jako S (suicidální) a b) skupina bez suicidálního pokusu, označena jako NS (nesuicidální). Pro S skupinu byly za kritéria pro zařazení do vzorku zvoleny tyto podmínky: minimální věk 18 let, suicidální pokus byl proveden maximálně 3 měsíce před administrováním metod výzkumu, v době administrování nebyli respondenti v akutní fázi psychotického onemocnění (s pozitivními příznaky, tj. bludy, halucinace) a dotazovaní nejevili známky poruch paměti. Do NS skupiny byli zařazeni lidé, kteří se nikdy nepokusili o sebevraždu, nebyli v akutní fázi psychotického onemocnění, netrpěli poruchou paměti a dosahovali min. věku 18 let.

Jelikož jsme zvolili pro S skupinu časový limit od pokusu, který není příliš obsáhlý, zvolili jsme několik psychiatrických zařízení, které jsme oslovili. Pozitivně zareagovalo pouze jedno zařízení, a to Psychiatrická nemocnice Bohnice (PNB). Vypracovali jsme projekt výzkumu (příloha č. 2, s. 120) a předali ho k posouzení Etické komisi PNB, která se vyjádřila k výzkumnému záměru kladně (příloha č. 3, s. 122). Celý schvalovací proces, tj. od prvního kontaktu s PNB, přes schválení projektu etickou komisí, kontaktování jednotlivých pracovišť v PNB, až po začátek sběru dat, trval cca 4 měsíce.

Ve spolupráci s hlavním psychologem PNB PhDr. Petrem Goldmannem bylo vytipováno 5 léčebných oddělení, kde byla pravděpodobnost výskytu pacientů po suicidálním pokusu nejvyšší. Jednalo se o oddělení č. 1 (příjmové oddělení pro muže a ženy), 3 (příjmové, koedukované, psychoterapeuticky zaměřené oddělení), 23 (všeobecné příjmové koedukované oddělení, přízemní část je uzavřené oddělení), 26 (všeobecné příjmové oddělení rozdělené na dvě části, a to pro muže a ženy) a 30 (koedukované oddělení následné péče pro nemocné do 65 let). Ve spolupráci s psycholožkami na jednotlivých odděleních byli vytipováni pacienti, kteří splňovali kritéria pro zařazení do výzkumu, následně došlo k oslovení pacientů a samotnému dotazování. Každému z pacientů byl představen záměr výzkumu, předložen informovaný souhlas (příloha č. 4, s. 123) a poté došlo k samotnému dotazování. Do NS skupiny byli zařazeni náhodně vybraní lidé z našeho okolí (kamarádi, spolupracovníci) splňující kritéria pro zařazení do výzkumu.

Výzkumný vzorek se skládá ze 40 osob, 16 mužů a 24 žen, ve věkovém rozpětí 18 – 66 let (více informací o věkovém složení uvádíme v tabulkách č. 6 a č. 7). Každá skupina (N, NS) obsahuje 20 lidí. U nikoho z S skupiny nebylo diagnostikováno psychotické onemocnění.

Věk	Hodnota
Průměr	32,35
Medián	30,00
Směrodatná odchylka	12,42
Minimum	18
Maximum	66

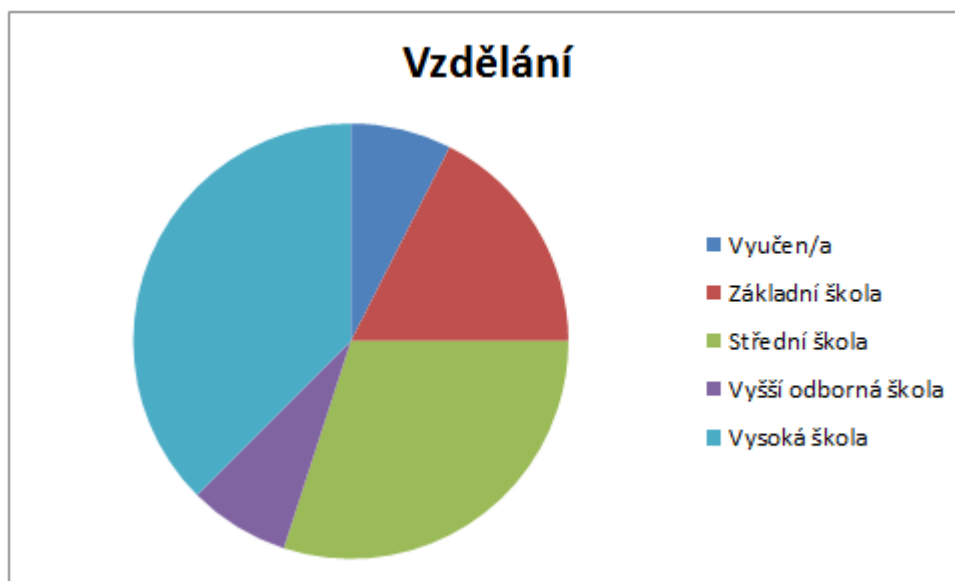
Tabulka č. 6 Věkové rozložení.

Intervaly	Počet	Podíl
do 25 let	16	40,0%
26 až 35 let	12	30,0%
36 až 45 let	7	17,5%
nad 46 let	5	12,5%
Celkem	40	100,0%

Tabulka č. 7 Věkové intervaly vzorku.

Ve vzorku se nachází 29 svobodných (72,5 %), 5 ženatých/vdaných (12,5 %) a 6 rozvedených (15 %) lidí. Rozložení nejvyššího dosaženého vzdělání je následující (pro přehlednost znázorněno grafem č. 2):

- základní škola – 7 osob (17,5 %),
- vyučen/vyučena – 3 osoby (7,5 %),
- střední školy – 12 osob (30 %),
- vyšší odborná škola – 3 osoby (7,5 %),
- vysoká škola – bakalářský, magisterský a doktorský stupeň, 15 osob (37,5 %).



Graf č. 2 Rozložení nejvyššího dosaženého vzdělání.

Struktura S skupiny vzhledem k suicidálnímu pokusu je následující: průměrná hodnota počtu dnů od pokusu je 30 dní, tj. cca 1 kalendářní měsíc, kam spadá 14 lidí (70 %), pro 9 lidí to byl první pokus (45 %) a 11 osob (55 %) má za sebou 2 a více pokusů. Následující tabulka č. 8 uvádí podrobnější informace o počtu dnů od pokusu.

Počet dnů od pokusu	Hodnota
Průměr	30,00
Medián	23,50
Směrodatná odchylka	22,38
Minimum	5
Maximum	82

Tabulka č. 8 Počet dnů od suicidálního pokusu – detailní informace.

2.5 Statistické zpracování a výsledky

Při zpracovávání dat výzkumu jsme využili programy Microsoft Word 2013 a Microsoft Excel 2013, ve kterých byly vytvořeny i všechny grafy a tabulky. Pro statistické zpracování dat jsme využili program StatGraphics Plus. Při vyhodnocení dat jsme použili t-testy pro srovnávání S a NS skupin. Zjišťování souvislostí mezi numerickými proměnnými jsme prováděli pomocí korelační analýzy dat. Jelikož se nejednalo o lineární souvislosti, použili jsme Spearmanův korelační koeficient.

Výsledky spojené s hypotézami

Pro zjišťování statistické významnosti jsme zvolili hladinu významnosti $\alpha = 0,05$.

- 1) Předpokládáme, že u **S skupiny** bude statisticky významně **vyšší latence** v odpovědích, které splňují definici autobiografické vzpomínky.
 - a) Latence autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených slov:

Skupina	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka	Min	Max
S (n = 20)	28,14	28,1	14,46	8,4	60,0
NS (n = 20)	12,66	10,5	8,91	3,6	43,6

Tabulka č. 9 Latence u pozitivně zabarvených slov (hodnoty jsou v sekundách).

Formulace hypotéz:

H_0 : Latence autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených slov nezávisí na tom, zda má člověk suicidální pokus v anamnéze.

H_A : Latence autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených slov je statisticky významně větší u lidí se suicidálním pokusem, než u lidí bez pokusu.

Výsledek:

$$t = -4,06914$$

$$p\text{-value} = 0,0001$$

Závěr: Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ zamítáme nulovou hypotézu o tom, že latence při vybavování autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených slov nezávisí na tom, zda má člověk suicidální pokus v anamnéze. Stejného výsledku bychom dosáhli i při zvolení hladiny významnosti $\alpha = 0,01$.

Výzkumná hypotéza, že statisticky významně větší latenci při vybavování autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených slov mají lidé se suicidálním pokusem, se potvrdila.

- b) Latence autobiografických vzpomínek u negativně zabarvených slov:

Skupina	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka	Min	Max
S (n = 20)	33,88	30,4	16,40	6,6	60,0
NS (n = 20)	18,31	18,2	8,93	5,0	32,2

Tabulka č. 10 Latence u negativně zabarvených slov (hodnoty jsou v sekundách).

Formulace hypotéz:

H_0 : Latence autobiografických vzpomínek u negativně zabarvených slov nezávisí na tom, zda má člověk suicidální pokus v anamnéze.

H_A : Latence autobiografických vzpomínek u negativně zabarvených slov je statisticky významně větší u lidí se suicidálním pokusem, než u lidí bez pokusu.

Výsledek:

$$t = -3,728$$

$$p\text{-value} = 0,0004$$

Závěr: Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ zamítáme nulovou hypotézu o tom, že latence při vybavování autobiografických vzpomínek u negativně zabarvených slov nezávisí na tom, zda má člověk suicidální pokus v anamnéze. Stejného výsledku bychom dosáhli i při zvolení hladiny významnosti $\alpha = 0,01$.

Výzkumná hypotéza, že statisticky významně větší latenci při vybavování autobiografických vzpomínek u negativně zabarvených slov mají lidé se suicidálním pokusem, se potvrdila.

- c) Latence autobiografických vzpomínek u všech slov celkem:

Skupina	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka	Min	Max
S (n = 20)	31,01	26,1	13,57	7,5	58,9
NS (n = 20)	15,49	13,9	7,23	5,0	34,8

Tabulka č. 11 Latence u všech slov celkem (hodnoty jsou v sekundách).

Formulace hypotéz:

H_0 : Latence autobiografických vzpomínek nezávisí na tom, zda má člověk suicidální pokus v anamnéze.

H_A : Latence autobiografických vzpomínek je statisticky významně větší u lidí se suicidálním pokusem, než u lidí bez pokusu.

Výsledek:

$$t = -4,51537$$

$$p\text{-value} = 0,0000$$

Závěr: Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ zamítáme nulovou hypotézu o tom, že latence autobiografických vzpomínek nezávisí na tom, zda má člověk suicidální pokus v anamnéze. Stejného výsledku bychom dosáhli i při zvolení hladiny významnosti $\alpha = 0,01$.

Výzkumná hypotéza, že statisticky významně větší latenci při vybavování autobiografických vzpomínek mají lidé se suicidálním pokusem, se potvrdila.

- 2) Předpokládáme, že statisticky významně **více autobiografických vzpomínek** bude produkovat **NS** skupina, a to u všech slov celkem, u slov s pozitivním i negativním nábojem.

- a) Počet autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených slov:

Skupina	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka	Min	Max
S (n = 20)	5,35	5,0	2,92	0	11
NS (n = 20)	11,35	10,0	3,67	4	18

Tabulka č. 12 Dosažené hodnoty u pozitivně zabarvených slov.

Formulace hypotéz:

H_0 : Počet vyprodukovaných autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených slov nezávisí na tom, zda má člověk suicidální pokus v anamnéze.

H_A : Počet vyprodukovaných autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených slov závisí na tom, zda má člověk suicidální pokus v anamnéze.

Výsledek:

$$t = 5,71326$$

$$p\text{-value} = 0,0000$$

Závěr: Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ zamítáme nulovou hypotézu o tom, že počet vyprodukovaných autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených slov nezávisí na tom, zda má člověk suicidální pokus v anamnéze. Stejného výsledku bychom dosáhli i při zvolení hladiny významnosti $\alpha = 0,01$.

Výzkumná hypotéza, že statisticky významně vyšší produkci autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených slov mají lidé bez suicidálního pokusu, se potvrdila.

b) Počet autobiografických vzpomínek u negativně zabarvených slov:

Skupina	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka	Min	Max
S (n = 20)	4,75	4,5	3,06	0	10
NS (n = 20)	8,35	8,0	2,81	4	13

Tabulka č. 13 Hodnoty dosažené u negativně zabarvených slov.

Formulace hypotéz:

H_0 : Počet vyprodukovaných autobiografických vzpomínek u negativně zabarvených slov nezávisí na tom, zda má člověk suicidální pokus v anamnéze.

H_A : Počet vyprodukovaných autobiografických vzpomínek u negativně zabarvených slov závisí na tom, zda má člověk suicidální pokus v anamnéze.

Výsledek:

$$t = 3,8731$$

$$p\text{-value} = 0,0004$$

Závěr: Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ zamítáme nulovou hypotézu o tom, že počet vyprodukovaných autobiografických vzpomínek u negativně zabarvených slov nezávisí na tom, zda má člověk suicidální pokus v anamnéze. Stejného výsledku bychom dosáhli i při zvolení hladiny významnosti $\alpha = 0,01$.

Výzkumná hypotéza, že statisticky významně vyšší počet vyprodukovaných autobiografických vzpomínek u negativně zabarvených mají lidé bez suicidálního pokusu, se potvrdila.

- c) Počet vyprodukovaných autobiografických vzpomínek u všech slov celkem:

Skupina	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka	Min	Max
S (n = 20)	10,10	10,0	5,64	2	20
NS (n = 20)	19,70	20,5	5,80	8	30

Tabulka č. 14 Hodnoty dosažené u všech slov celkem.

Formulace hypotéz:

H_0 : Počet autobiografických vzpomínek nezávisí na tom, zda má člověk suicidální pokus v anamnéze.

H_A : Počet autobiografických vzpomínek závisí na tom, zda má člověk suicidální pokus v anamnéze.

Výsledek:

$t = 5,31009$

$p\text{-value} = 0,0000$

Závěr: Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ zamítáme nulovou hypotézu o tom, že počet autobiografických vzpomínek nezávisí na tom, zda má člověk suicidální pokus v anamnéze. Stejného výsledku bychom dosáhli i při zvolení hladiny významnosti $\alpha = 0,01$.

Výzkumná hypotéza, že statisticky významně vyšší produkci autobiografických vzpomínek mají lidé bez suicidálního pokusu, se potvrdila.

- 3) Předpokládáme, že u **S skupiny** dochází k statisticky významně **většímu zobecňování** (méně konkrétních) autobiografických vzpomínek, a to u obou skupin slov (pozitivních, negativních).

a) Zobecňování u pozitivně zabarvených slov:

Skupina	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka	Min	Max
S (n = 20)	0,41	0,41	0,24	0,00	1,00
NS (n = 20)	0,25	0,22	0,13	0,00	0,58

Tabulka č. 15 Hodnoty znázorňující zobecňování u pozitivně zabarvených slov.

Formulace hypotéz

H_0 : Zobecňování u pozitivně zabarvených slov nezávisí na tom, zda má člověk suicidální pokus v anamnéze.

H_A : Zobecňování u pozitivně zabarvených slov je statisticky významně větší u lidí se suicidálním pokusem v anamnéze.

Výsledek:

$t = -2,66409$

$p\text{-value} = 0,0062$

Závěr: Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ zamítáme nulovou hypotézu o tom, že zobecňování u pozitivně zabarvených slov nezávisí na tom, zda má člověk suicidální pokus v anamnéze. Stejného výsledku bychom dosáhli i při zvolení hladiny významnosti $\alpha = 0,01$.

Výzkumná hypotéza, že statisticky významně větší zobecňování u pozitivně zabarvených slov mají lidé se suicidálním pokusem v anamnéze, se potvrdila.

b) Zobecňování u negativně zabarvených slov:

Skupina	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka	Min	Max
S (n = 20)	0,48	0,45	0,24	0,00	0,80
NS (n = 20)	0,36	0,37	0,18	0,00	0,65

Tabulka č. 16 Hodnoty znázorňující zobecňování u negativně zabarvených slov.

Formulace hypotéz:

H_0 : Zobecnování u negativně zabarvených slov nezávisí na tom, zda má člověk suicidální pokus v anamnéze.

H_A : Zobecnování u negativně zabarvených slov je statisticky významně větší u lidí se suicidálním pokusem v anamnéze.

Výsledek:

$$t = -1,79055$$

$$p\text{-value} = 0,0819$$

Závěr: Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ nezamítáme nulovou hypotézu o tom, že zobecnování u negativně zabarvených slov nezávisí na tom, zda má člověk suicidální pokus v anamnéze.

Výzkumná hypotéza, že statisticky významně větší zobecnování u negativně zabarvených slov mají lidé se suicidálním pokusem v anamnéze, se nepotvrdila.

- 4) Předpokládáme, že **počet dnů** od suicidálního pokusu **nemá vliv na latenci** odpovědi (průměrná latence nebude statisticky významně vyšší), a to ani u pozitivně a negativně zabarvených podnětových slov, ani u všech slov celkem.

- a) Průměrná latence autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených slov:

Formulace hypotéz:

H_0 : Průměrná latence autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených slov nesouvisí s časovým odstupem od suicidálního pokusu.

H_A : Průměrná latence autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených slov souvisí s časovým odstupem od suicidálního pokusu.

Výsledek:

$$t = -0,3192$$

$$p\text{-value} = 0,1701$$

Závěr: Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ nezamítáme nulovou hypotézu o tom, že průměrná latence autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených slov nesouvisí s časovým odstupem od suicidálního pokusu. Výzkumná hypotéza, že

počet dnů od suicidálního pokusu nemá vliv na průměrnou latenci autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených slov, se potvrdila.

- b) Průměrná latence autobiografických vzpomínek u negativně zabarvených slov:

Formulace hypotéz:

H_0 : Průměrná latence autobiografických vzpomínek u negativně zabarvených slov nesouvisí s časovým odstupem od suicidálního pokusu.

H_A : Průměrná latence autobiografických vzpomínek u negativně zabarvených slov souvisí s časovým odstupem od suicidálního pokusu.

Výsledek:

$$t = -0,2207$$

$$p\text{-value} = 0,3498$$

Závěr: Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ nezamítáme nulovou hypotézu o tom, že průměrná latence autobiografických vzpomínek u negativně zabarvených slov nesouvisí s časovým odstupem od suicidálního pokusu. Výzkumná hypotéza, že počet dnů od suicidálního pokusu nemá vliv na průměrnou latenci autobiografických vzpomínek u negativně zabarvených slov, se potvrdila.

- c) Průměrná latence autobiografických vzpomínek u všech slov celkem:

Formulace hypotéz:

H_0 : Průměrná latence autobiografických vzpomínek nesouvisí s časovým odstupem od suicidálního pokusu.

H_A : Průměrná latence autobiografických vzpomínek souvisí s časovým odstupem od suicidálního pokusu.

Výsledek:

$$t = -0,3034$$

$$p\text{-value} = 0,1935$$

Závěr: Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ nezamítáme nulovou hypotézu o tom, že počet autobiografických vzpomínek nesouvisí s časovým odstupem od suicidálního

pokusu. Výzkumná hypotéza, že počet dnů od suicidálního pokusu nemá vliv na průměrnou latenci autobiografických vzpomínek, se potvrdila.

- 5) Předpokládáme, že **S** skupina bude mít statisticky významně **vyšší hodnoty u negativních** strategií v dotazníku SVF 78.

Formulace hypotéz:

H_0 : Negativní strategie (dle dotazníku SVF 78) nezávisí na tom, zda má člověk suicidální pokus v anamnéze.

H_A : Negativní strategie (dle dotazníku SVF 78) mají statisticky významně více lidí se suicidálním pokusem v anamnéze, než lidé bez suicidálního pokusu.

Výsledek:

$$t = -4,9109$$

$$p\text{-value} = 0,0000$$

Závěr: Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ zamítáme nulovou hypotézu o tom, že negativní strategie (dle dotazníku SVF 78) nezávisí na tom, zda má člověk suicidální pokus v anamnéze. Stejného výsledku bychom dosáhli i při zvolení hladiny významnosti $\alpha = 0,01$.

Výzkumná hypotéza, že statisticky významně vyšší hodnoty u negativních strategií v dotazníku SVF 78 mají lidé se suicidálním pokusem v anamnéze, se potvrdila.

Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ-R)

Následující tabulka č. 17 znázorňuje dosažené hodnoty v dotazníku SBQ-R u jednotlivých skupin.

Skupina	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka	Min	Max
S (n = 20)	12,80	14,0	2,80	7	17
NS (n = 20)	4,50	4,0	1,10	3	6

Tabulka č. 17 Dosažené hodnoty v SBQ-R

Ze statistické analýzy (t-test) vyplývá, že statisticky významně vyšší hodnoty dosahují lidé ze skupiny se suicidálním pokusem (při hladině významnosti $\alpha = 0,01$, $p\text{-value} = 0,0000$). Můžeme tedy říci, že u lidí v této skupině se objevuje vyšší míra rizika než v NS skupině.

Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé BDI – II

Dosažené hodnoty pro tento dotazník shrnuje následující tabulka č. 18

Skupina	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka	Min	Max
S (n = 20)	25,65	22,0	13,00	6	50
NS (n = 20)	4,30	3,5	3,25	0	13

Tabulka č. 18 Dosažené hodnoty v BDI – II

Při statistickém zpracování (t-test) vyšlo najevo, že statisticky významně vyšší hodnoty dosahují lidé ze skupiny se suicidálním pokusem (při hladině významnosti $\alpha = 0,01$, p-value = 0,0000). Vyvozujeme tedy, že lidé v S skupině vykazují statisticky významně větší míru depresivity (tak, jak byla definována výše, tj. cut-off score 17 bodů).

Strategie zvládání stresu – SVF 78

Následující dvě tabulky představují hodnoty, které dotazovaní dosáhli v dotazníku SVF 78. Tabulka č. 19 uvádí hodnoty negativních strategií a tabulka č. 20 hodnoty pozitivních strategií.

Skupina	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka	Min	Max
S (n = 20)	62,25	63,0	10,35	36	75
NS (n = 20)	48,45	49,0	7,13	36	64

Tabulka č. 19 Hodnoty negativních strategií dle SVF 78

Skupina	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka	Min	Max
S (n = 20)	42,10	41,5	12,48	25	62
NS (n = 20)	52,35	51,0	8,11	38	69

Tabulka č. 20 Hodnoty pozitivních strategií dle SVF 78

Statistické zpracování (t-test) přináší poznatek, že statisticky významně vyšší hodnoty u negativních strategií v dotazníku SVF 78 dosahují lidé ze skupiny se suicidálním pokusem (při hladině významnosti $\alpha = 0,01$, p-value = 0,0000). U pozitivních strategií dosahují vyšších hodnot lidé ze skupiny bez suicidálního pokusu ($\alpha = 0,01$, p-value = 0,0021). Ze zjištěných skutečností vyplývá, že lidé se suicidálním pokusem v anamnéze vykazují statisticky vyšší využívání negativních strategií při zvládání stresových situací a zároveň vykazují významné nevyužívání pozitivních strategií.

Z korelační analýzy (příloha č. 5, s. 124), tabulka obsahuje korelace všech sledovaných veličin, avšak pro účely této diplomové práce jsme vybrali pouze část získaných informací; zbylé informace mohou být využity k obsáhlejší analýze, která by však byla nad rámec této práce) vyplývají statisticky významné korelace, a to při zvolené hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

- Hodnoty dosažené v BDI – II pozitivně korelují s hodnotami SBQ-R, $r = 0,8030$, $p\text{-value} = 0,0000$. Korelace je statisticky významná i na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.
- BDI – II negativně koreluje s dosaženými hodnotami u pozitivních strategií v SVF 78, $r = - 0,6083$, $p\text{-value} = 0,0010$. Stejného výsledku bychom dosáhli i při hladině významnosti $\alpha = 0,01$.
- BDI – II koreluje s hodnotami negativních strategií v SFV 78, $r = 0,6895$, $p\text{-value} = 0,0000$. Toto zjištění je statisticky významné i pro hladinu významnosti $\alpha = 0,01$.
- BDI – II koreluje s dosaženou průměrnou latencí autobiografických vzpomínek, a to u pozitivně zabarvených slov $r = 0,6828$, $p\text{-value} = 0,0000$ (statisticky významné i na hladině významnosti $\alpha = 0,01$), u negativně zabarvených slov $r = 0,3974$, $p\text{-value} = 0,0131$ a u všech slov celkem $r = 0,6084$, $p\text{-value} = 0,0001$ (statisticky významné i při zvolení hladiny významnosti $\alpha = 0,01$).
- BDI – II dále koreluje se sumou vyprodukovaných autobiografických vzpomínek, a to u pozitivně laděných slov $r = - 0,6235$, $p\text{-value} = 0,0001$, u negativně zabarvených slov $r = - 0,4539$, $p\text{-value} = 0,0046$ a u všech slov celkem $r = - 0,5869$, $p\text{-value} = 0,0002$. Statistickou významnost nalezneme u sledovaných veličin i na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.
- SBQ-R koreluje s pozitivními strategiemi SVF 78, $r = - 0,5261$, $p\text{-value} = 0,0010$ (výsledek tedy platí i pro hladinu významnosti $\alpha = 0,01$).
- SBQ-R koreluje s negativními strategiemi SVF 78, $r = 0,6274$, $p\text{-value} = 0,0001$. Stejného výsledku bychom dosáhli i při zvolení hladiny významnosti $\alpha = 0,01$.
- SBQ-R koreluje s dosaženou průměrnou latencí autobiografických vzpomínek, a to u pozitivně zabarvených slov $r = 0,6545$, $p\text{-value} = 0,0000$, u negativně zabarvených slov $r = 0,4182$, $p\text{-value} = 0,0090$ a u všech slov celkem $r = 0,6058$, $p\text{-value} = 0,0002$

(výsledky jsou u všech tří veličin statisticky významné i při zvolení hladiny významnosti $\alpha = 0,01$).

- SBQ-R dále koreluje se sumou vyprodukovaných autobiografických vzpomínek, a to u pozitivně laděných slov $r = -0,6180$, $p\text{-value} = 0,0001$, u negativně zabarvených slov $r = -0,4392$, $p\text{-value} = 0,0061$ a u všech slov celkem $r = -0,5825$, $p\text{-value} = 0,0003$. Statistickou významnost nalezneme u sledovaných veličin i na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.
- Pozitivní strategie SVF 78 korelují s negativními strategiemi, $r = -0,5906$, $p\text{-value} = 0,0002$ (statisticky významné i na hladině $\alpha = 0,01$).
- Pozitivní strategie SVF 78 korelují s průměrnou latencí autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených slov, $r = -0,3618$, $p\text{-value} = 0,0239$.
- Negativní strategie SVF 78 korelují s průměrnou latencí autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených slov, $r = 0,4362$, $p\text{-value} = 0,0065$ (statisticky významné i na hladině $\alpha = 0,01$) a průměrnou latencí u všech slov celkem, $r = 0,3926$, $p\text{-value} = 0,0142$.
- Negativní strategie SVF 78 korelují s celkovým počtem autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených slov, $r = -0,3147$, $p\text{-value} = 0,0494$.

3. DISKUSE

V teoretické části jsme se věnovali autobiografické paměti, suicidálnímu chování a vztahu mezi nimi. V empirické části jsme experimentálně ověřili, jakým způsobem probíhá vybavování z autobiografické paměti u lidí, kteří se pokusili o sebevraždu. Jednalo se o pacienty PNB, kteří měli suicidální pokus ne starší 3 měsíce v den experimentu. Cílem bylo zjistit, zda je u lidí (pokusných osob v našem výzkumném vzorku) se suicidálním pokusem v anamnéze narušena schopnost vybavit si konkrétní vzpomínky z vlastního života.

Předpokládáme, že schopnost vybavit si v náročné životní situaci podpůrné momenty z naší minulosti slouží jako protektivní faktor a naopak neschopnost vybavit si pozitivní momenty, přílišné zobecňování a zaujetí negativními aspekty života jsou rizikovými faktory. V krizi často hraje roli čas, a proto je také zásadním aspektem rychlost, se kterou jsme schopni nalézt podpůrné autobiografické vzpomínky. Žádný z probandů nevykazoval nedostatky v oblasti paměti (ověřeno u personálu PNB), tudíž předpokládáme, že schopnost vybavovat si nebyla narušena klinicky významnou poruchou paměti.

U zkoumané latence při vybavování autobiografických vzpomínek se nám potvrdila hypotéza, že lidé se suicidálním pokusem mají vyšší latenci autobiografických vzpomínek, a to u pozitivních (průměr S skupiny = 28,14 s, NS skupiny = 12,66 s) i negativních (průměr S skupiny = 33,88 s, NS skupina = 18,31 s). V S skupině také častěji docházelo k tomu, že si dotazovaní nevybavili žádnou vzpomínku. Větší průměrná latence se objevuje u negativně zabarvených slov, což platí pro obě skupiny. Při rozhovoru po ukončení dotazování, poskytovali respondenti z obou skupin zajímavé vhledy. Často se opakující informací bylo, že při vybavování negativně zabarvených vzpomínek měli respondenti obtíže s přístupem k negativním zážitkům. Popisovali to, jako by je tam „něco nechtělo pustit“. Všimli jsme si však rozdílného přístupu mezi skupinami. Lidé v S skupině se nechtěli znovu vracet k negativním zážitkům a aktivně (tím myslíme, že vynaložili určité úsilí – zaměřili svou pozornost na vyhledávání informací uložených v paměti) je blokovali, přesto se autobiografické vzpomínky samy objevily. Lidé v NS skupině si nejdříve nemohli vzpomenout na konkrétní vzpomínku a museli ji aktivně hledat v paměti.

Dosáhli jsme stejného výsledku (tj. větší průměrné latence u S skupiny) jako v původním výzkumu, avšak jen u pozitivně zabarvených slov (Williams & Broadbent, 1986). V uvedeném výzkumu nebyl u negativně zabarvených slov mezi skupinami statisticky

významný rozdíl. V našem výzkumu vykazovala S skupina větší průměrnou latenci i u negativně zabarvených slov. V novějším výzkumu (Pollock & Williams, 2001) uvádí autoři větší průměrnou latenci u pozitivně i negativně zabarvených slov u S skupiny, tj. stejně jako v našem výzkumu. Evans, Williams, O'Loughlin a Howells (1992) referují o zvýšené celkové průměrné latenci u S skupiny, což se shoduje s naším zjištěním.

Druhá hypotéza se opět potvrdila a dozvěděli jsme se tak, že lidé bez suicidálního pokusu produkují více autobiografických vzpomínek (průměr NS skupiny = 19,7 a S skupiny = 10,1). NS skupina produkuje více autobiografických vzpomínek u pozitivně i negativně zabarvených slov. S skupina též častěji selhávala ve vybavení vzpomínek v požadované kvalitě. Jelikož je celý proces AMT v podstatě úkolem s mírným stresem (nutnost vybavit si požadované vzpomínky do 60 s), domníváme se, že počet vybavených vzpomínek může ovlivnit i způsob zvládání stresu, a to zejm. neefektivní (negativní SVF 78) strategie. Dále předpokládáme, že lidé v S skupině jsou při hospitalizaci podporováni k zaměření se na současnou situaci a z tohoto důvodu je možné, že je proces vybavování z paměti částečně ovlivněn aktivním zaměřením pozornosti od minulosti k přítomnosti a budoucnosti (v S skupině se nezdá, že během AMT odehrál následující scénář, a to během jedné věty: vybavení autobiografické vzpomínky, porovnání s tím, jak to má respondent nyní a jak to chce mít v budoucnu).

Williams et al. (1996) uvádí, že S skupina vykazuje statisticky významně méně specifických autobiografických vzpomínek, a to u pozitivně i negativně zabarvených slov. V našem výzkumu jsme zjistili totožný trend. Pollock a Williams (2001) také uvádí, že S skupina produkuje méně specifických autobiografických vzpomínek a zároveň produkuje nejvíce obecných vzpomínek (v porovnání se všemi skupinami, které autoři využili ve svém výzkumu).

Hypotéza o větším zobecňování (tj. podíl autobiografických vzpomínek a jiných odpovědí – obecné vzpomínky, odpovědi vztahující se k přítomnosti a budoucnosti) u S skupiny se nám potvrdila pouze u pozitivně zabarvených slov. U negativně zabarvených se nepotvrdil statisticky významný rozdíl mezi skupinami. Toto zjištění se nám jeví jako velmi důležité, neboť neschopnost vybavit si v těžkém období konkrétní pozitivní události, které jsme zažili, přispívá k vnímání pozitivního aspektu života, jako něčeho vzdáleného a neuchopitelného, což

může přispívat k pocitům beznadějnosti a bezmocnosti. V takovém případě jedinec ztrácí důvěru ve změnu a také v lepší budoucnost.

Evans, Williams, O'Loughlin a Hewells (1992) dospěli ke stejnému závěru jako my – S skupina produkuje více obecných autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených slov. Williams a Dritschel (1988) uvádí, že S skupina více zobecňuje u pozitivně zabarvených slov a u negativně zabarvených slov k tomuto trendu nedochází, což se shoduje s našimi výsledky. Autoři však upozorňují, že rozdíl u negativně zabarvených slov mezi skupinami nebyl tak výrazný jako u pozitivně zabarvených slov.

Potvrdil se nám i předpoklad, že různý časový odstup nehraje roli v latenci při vybavování, neboť uvnitř S skupiny nebyl nalezen statisticky významný rozdíl vzhledem k počtu dní od pokusu. Předpokládáme tedy, že schopnost vybavovat si vzpomínky z vlastního života je stabilní vlastnost, která není statisticky významně ovlivněna odstupem od suicidálního pokusu. Toto tvrzení však platí pro zvolený rozsah. Dále je nutné vzít v potaz kontext, tj. dotazování probíhalo v psychiatrické nemocnici, během hospitalizace. Je otázkou, na kolik by se projevila stabilita tohoto jevu při srovnání s dlouhodobějším odstupem, např. půl roku, rok od suicidálního pokusu.

Autobiografická paměť ovlivňuje schopnost využívat již dříve osvojené pozitivní strategie, které mohou napomoci k zvládnutí stresové situace. S skupina využívá ve větší míře negativní strategie – průměrná hodnota u S skupiny = 62,25, NS skupina = 48,45 (t-skór). Důležitým zjištěním je i to, že S skupina významně zaostává ve využívání pozitivních strategií (průměrná hodnota 42,1). NS skupina má průměrnou hodnotu 52,35. Tento fakt přispívá k zvyšování stresové zátěže, a to tím, že je snížena schopnost efektivního vyřešení krizové situace. Následně může docházet k prohlubování krize, s čímž se pojí i prohlubování suicidálních myšlenek, pocitu beznaděje a představa, že se nic nezmění. Sutin a Gillath (2009) uvádí, že v rámci terapeutického procesu je možné využívat vzpomínky na události, u kterých se jedinci podařilo zvládnout stresující situaci prostřednictvím funkční strategie. Terapeut podporuje v udržení vzpomínky a propojuje minulé zážitky s možným využitím efektivních strategií do budoucna.

Zajímavý je vztah mezi depresivními symptomy (hodnocenou dle BDI – II) a sledovanými veličinami. Nejvyšší korelace je mezi BDI – II a SBQ-R, tj. depresivními symptomy a suicidálním rizikem ($r = 0,803$, $p\text{-value} = 0,0000$), což znázorňuje častou přítomnost obou jevů zároveň (tj. deprese jako jeden z velkých rizikových faktorů suicidality a přítomnost depresivních symptomů u lidí, kteří mají suicidální ideace a jsou v určitém časovém odstupu od suicidálního pokusu). Dále z výsledků výzkumu vyplývá statisticky významná korelace (hladina významnosti $\alpha = 0,01$) mezi BDI – II a pozitivními strategiemi SVF 78 ($r = -0,6083$, $p\text{-value} = 0,0010$), BDI – II a průměrnou latencí autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených slov ($r = 0,6827$, $p\text{-value} = 0,0000$) a BDI – II a sumou autobiografických vzpomínek u pozitivně zabarvených slov.

Ze získaných údajů usuzujeme, že lidé se suicidálním pokusem mají tendenci k pomalejšímu vybavování si zážitků z vlastního života, které se týkají přímo jich samých. Tento fakt může hrát roli během suicidální krize, kdy čas hraje důležitou roli, např. čím dříve je člověk schopen najít oporu v minulé zkušenosti, tím menší je riziko prohlubování suicidálních myšlenek a touhy. Ačkoliv je vyšší latence při vybavování u negativně než pozitivně zabarvených slov, vzpomínky spjaté s pozitivním nábojem nemají požadovanou kvalitu (tj. konkrétnost), aby mohly být využity jako podpora. Dále si lidé z S skupiny vybavují mnohem méně zážitků, které navíc v případě pozitivního ladění bývají nekonkrétní. Právě nekonkrétnost způsobuje představu, že jedinec v životě sice zažil něco pozitivního, avšak této vágní vzpomínce je přisuzována malá důležitost. V odpovědích S skupiny nalézáme často obtíže s detailnější časovou lokalizací vzpomínky (součást definice autobiografické vzpomínky), tj. často se objevují odpovědi „v dětství“, „když jsem byl na základní škole“ apod. Nezakotvenost vzpomínky v čase, resp. absence bližší představy o trvání vzpomínky a přesnějšího umístění v osobní historii, způsobuje snižování hodnoty těchto vzpomínek a působí jako něco, co zažili velmi dávno a pozitivní emoční náboj, který vzpomínka nese, není plně prožíván. Jeden z dotazovaných (se suicidálním pokusem v anamnéze) tento mechanismus popsal jako boj o prostor, kdy negativní vzpomínky nedávají prostor, aby se mohly pozitivní vynořit.

Předpokládáme, že významným faktorem je přítomnost deprese, která ovlivňuje celkové psychické tempo, přispívá k negativnímu emocionálnímu naladění a je spojena s nekonstruktivním řešením problémů, stresových a krizových situací.

Při zpracovávání empirické části jsme narazili na určité limity, které je potřeba vzít v potaz při formulaci závěrů. Vzhledem k malému vzorku je nutné veškeré výsledky vnímat v kontextu, ve kterém výzkum proběhl. Malý počet respondentů tedy snižuje míru zobecnitelnosti. Při přenášení zjištěných poznatků do praxe je nutné postupovat obezřetně a neaplikovat je dogmaticky, nýbrž flexibilně a s jistou dávkou kritického myšlení. Zároveň je nutné podotknout, že i ostatní výzkumy byly prováděny na malých vzorcích:

- původní výzkum Willamse a Broadbenta (1986) zahrnoval 25 lidí v S skupině (po revidování 21),
- Williams a Dritschel (1988) měli k dispozici 24 lidí v S skupině,
- Evans, Williams, O'Loughlin a Howells (1992) zahrnuli do S skupiny 12 respondentů,
- Williams et al. (1996) zahrnuli do S skupiny 24 lidí (experiment č. 1),
- Pollock s Williamsem (2001) měli k dispozici 24 lidí po suicidálním pokusu.

Dále je nutné uvést, že veškeré dotazování (S skupina) proběhlo pouze v rámci jednoho zařízení, a to v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Ačkoli se jedná o rozsáhlé zařízení, kam jsou přiváženi lidé nejen z Prahy, tvoří vzorek převážně lidé z hlavního města a přilehlého okolí. Vzorek tedy nezahrnuje osoby z dalších částí České republiky.

Vzhledem k náročnosti dotazování a s přihlédnutím k situaci, ve které se dotazování nacházeli (S skupina), nebylo možné u všech probandů věnovat čas rozboru zážitku AMT. V těch případech, kdy to možné bylo, výpovědi dotazovaných přinášely často zajímavé informace, např. při volnějším rozhovoru o naladění pacienta se po určité době začaly spontánně objevovat pozitivní vzpomínky, z čehož lze velmi opatrně usuzovat, že pokud by měl více času a podpory ve vytváření a produkci pozitivních vzpomínek, dojde ke změně ve vnímání poměru negativních a pozitivních zážitků, i když negativní neztrácejí radikálně na síle, dochází k určitému vyrovnávání sil, kdy jsou i pozitivní zážitky vnímány jako důležité.

Výzkum je limitován i v oblasti kódování odpovědí, kdy při vyhodnocování jednou osobou může docházet k příliš „měkkému/tvrdému“ posuzování, např. zařazování sporných odpovědí u S skupiny mezi autobiografické vzpomínky a u NS skupiny zařazování stejně sporných odpovědí mezi obecné vzpomínky. Pro další využití AMT bychom rádi doporučili

využít při rozhodování, zda odpověď bude uznána jako autobiografická vzpomínka, shodu posuzovatelů, kteří by nezávisle na sobě odpovědi posoudili a následně by porovnali své výsledky. U sporných odpovědí by následovala diskuse.

Limitujícím prvkem je autocenzura. I když jsme s každým dotazovaným hovořili o možnosti regulovat hloubku a konkrétnost detailů poskytnutých odpovědí na podnětová slova a probandi tuto možnost pochopili a souhlasili s ní, nemůžeme stoprocentně vyloučit, že nedocházelo k neverbalizované autocenzuře. Pokud by dotazovaní tuto autocenzuru prováděli ve velké míře, došlo by ke zkreslení dat (zejm. počtu autobiografických vzpomínek a latence odpovědí).

Za limitující považujeme též nevyváženost vzorku z hlediska dosaženého vzdělání, neboť převládají vysokoškolsky vzdělaní lidé, a to zejm. v NS skupině. Úroveň vzdělání má podle některých autorů vliv na počet specifických autobiografických vzpomínek (Arntz, Meeren & Wessel, 2002). U lidí s poruchami nálad a úzkostnými poruchami hrála úroveň vzdělání roli při vybavování specifických vzpomínek, a to hlavně u negativně zabarvených slov (Wessel, Meeren, Peeters, Arntz & Merckelbach, 2001). Borrini, Dall'Ora, Della Sala, Marinelli a Spinnler (1989) uvádí, že vybavování z autobiografické paměti je u zdravé populace ovlivněno dosaženým vzděláním. Autoři však využili jinou metodu než AMT. Při dalším zkoumání navrhujeme větší zaměření na aspekt vzdělání, např. vytvoření skupin, ve kterých budou rovnoměrněji rozloženy stupně vzdělání, párování jednotlivých respondentů dle úrovně vzdělání apod.

Přes zmíněné limity této práce věříme, že výsledky mohou být využity k dalšímu zkoumání autobiografické paměti u lidí po suicidálním pokusu. Podařilo se nám ověřit poznatky jiných autorů v našem prostředí. Není nám známo, že by se některá výzkumná práce v České republice věnovala autobiografické paměti u této specifické části populace.

Získané poznatky je možné uplatnit v prevenci suicidálního chování, zejm. opakování suicidálních pokusů. Doporučili bychom, aby se případní zájemci z řad odborníků zaměřili na práci s autobiografickou pamětí, a to hlavně na nalezení a vyzdvihnutí důležitosti pozitivních životních událostí (např. využití narativní postupy). Důležitá je práce na vytvoření pozitivních a efektivních strategií zacházení se stresem, ve kterých je dobré zakomponovat prvek paměti, která může ve stresujících situacích pomoci překonat akutní krizi. Opět je důležité zaměření na pozitivní události a jejich konkretizaci, aby byly pro člověka procházející krizí snáze

uchopitelné a mohl z nich čerpat naději, že se tento stav může změnit. Např. při práci na krizových linkách využíváme aktivní hledání pozitivních událostí v klientově životě (zejm. v nedaleké minulosti) a propojujeme tento zážitek s možností, že takové zážitky se mohou objevit i v budoucnu.

Vzhledem k snížené produkci konkrétních autobiografických vzpomínek navrhujeme, aby se v rámci terapeutické péče odborníci zaměřili na práci s realistickým zhodnocením počtu pozitivních a negativních životních událostí (zejm. pro klienta/pacienta významných), např. vytvořením seznamu, využitím časové osy, vytvořením osobní mapy, kde by byly zaznamenány různé životní události (drobné i důležité, pozitivní i negativní) a každé z nich byla přiřazena hodnota důležitosti apod.

ZÁVĚR

V této diplomové práci jsme se zabývali zajímavým tématem autobiografické paměti a jejími aspekty u lidí po suicidálním pokusu. V teoretické části jsme si definovali, co to autobiografická paměť je, představili si několik možných modelů struktury a popsali roli autobiografické paměti v životě člověka. Představili jsme si jevy, se kterými je možné se setkat v průběhu života – zvláštnosti během vývoje, dětskou amnézii a náhlý vzestup vzpomínání. Dále jsme se věnovali funkcím autobiografické paměti, a to sociální, řídicí a self funkci. Představili jsme si i mechanismus vybavování z autobiografické paměti. V druhém oddíle teoretické části jsme se věnovali tématu sebevražd. Nastínili jsme možnosti při třídění rozličných termínů z oblasti sebepoškozování, suicidálních ideací, plánů a chování. Představili jsme si některé teorie a modely vzniku suicidálního chování, způsoby jeho vyhodnocení, prevenci, metody a následky suicidálního jednání. Poukázali jsme na nejčastější mýty, kterými je opřeno téma sebevražd. V poslední části jsme se zabývali autobiografickou pamětí u lidí po suicidálním pokusu.

Cílem této diplomové práce bylo představit případným čtenářům zajímavou oblast autobiografické paměti, sebevražedného jednání a jejich vzájemnou interakci. Je zřejmé, že tento druh paměti má určitý vliv při suicidálním vývoji. Cílem empirické části bylo ověření výsledků původního výzkumu (Williams & Broadbent, 1986) a zmapovat, zda lidé po suicidálním pokusu využívají vhodné strategie pro zvládání stresových událostí. Podařilo se nám potvrdit některé výsledky z původního i dalších výzkumů. Zjistili jsme, že lidé po suicidálním pokusu mají tendenci k větší latenci při odpovědích, a to zejm. u pozitivně zabarvených podnětových slov. Lidé ze skupiny po suicidálním pokusu též více zobecňují, tj. produkují méně specifických autobiografických vzpomínek. Získané poznatky by bylo možné využít během intervencí u lidí v krizi, kteří vykazují suicidální riziko. Důležitým prvkem je podpora tvorby pozitivních vzpomínek a práce na jejich konkretizaci. Dalším krokem může být jejich využití pro tvorbu pozitivního výhledu do budoucnosti.

Uvádíme též limity našeho výzkumu. I přes tyto limity věříme, že tato práce představuje první krok k dalšímu studiu autobiografické paměti u lidí se suicidálním pokusem v anamnéze. Uvědomujeme si, že tato diplomová práce není vyčerpávajícím přehledem dané problematiky, neboť oblast autobiografické paměti je značně rozsáhlá a je předmětem mnoha desítek knih a odborných článků. Totéž platí pro oblast sebevražd. Dalším krokem ve výzkumu autobiografické paměti u lidí po suicidálním pokusu by mohla být oblast řešení problémů.

Schopnost efektivního řešení problémů, a to zejm. interpersonálních, je důležitým prvkem, který může pomoci při prevenci relapsu suicidálního chování. Také využití poznatků z oblasti autobiografické paměti v psychoterapii představuje zajímavou oblast, ve které bychom mohli zkoumat využití procesů autobiografické paměti pro zefektivnění terapeutické péče.

POUŽITÁ LITERATURA

1. Alea, N., & Bluck, S. (2003). Why are you telling me that? A conceptual model of the social function of autobiographical memory. *Memory*, 11, 165-178.
2. Anderson, S. J., & Conway, M. A. (1997). Representations of Autobiographical Memories. In M. A. Conway (Ed.), *Cognitive Models of Memory* (217-246). Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
3. Arntz, A., Meeren, M., & Wessel, I. (2002). No evidence for overgeneral memories in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1063-1068.
4. Baddeley, A. (1992). What is Autobiographical Memory?. In M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler, & W. A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical Perspectives on Autobiographical Memory* (13-29). Dordrech: Kluwer Academic Publishers.
5. Baddeley, A. (2012). Reflections on Autobiographical Memory. In D. Berntsen, & D. C. Rubin (Eds.), *Understanding Autobiographical Memory: Theories and Approaches* (70-87). Cambridge: Cambridge University Press.
6. Barclay, C. R., & Smith, T. S. (1992). Autobiographical Remembering: Creating Personal Culture. In M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler, & W. A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical Perspectives on Autobiographical Memory* (75-97). Dordrech: Kluwer Academic Publishers.
7. Barnhofer, T., de Jong-Meyer, R., Kleinpaß, A., & Nikesch, S. (2002). Specificity of autobiographical memories in depression: An analysis of retrieval process in a think-aloud task. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 411-416.
8. Bauer, P. J. (2012). The Life I Once Remembered: The Waxing and Waning of Early Memories. In D. Berntsen, & D. C. Rubin (Eds.), *Understanding Autobiographical Memory: Theories and Approaches* (205-225). Cambridge: Cambridge University Press.

9. Bauer, P. J., & Larkina, M. (2014). Childhood Amnesia in the Making: Different Distributions of Autobiographical Memories in Children and Adults. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143, 597-611.
10. Berntsen, D., & Rubin, D. C. (Eds.). (2012). *Understanding Autobiographical Memory: Theories and Approaches*. Cambridge: Cambridge University Press.
11. Borrini, G., Dall'Ora, P., Della Sala, S., Marinelli, L., & Spinnler, H. (1989). Autobiographical memory. Sensitivity to age and education of a standardized enquiry. *Psychological Medicine*, 19, 215-224.
12. Brewer, W. F. (1986). What is autobiographical memory?. In D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical Memory* (25-49). Cambridge: Cambridge University Press.
13. Carr, A., & McNulty, M. (2006). Suicide Risk. In A. Carr, & M. McNulty (Eds.), *The Handbook of Adult Clinical Psychology: An Evidence-Based Practice Approach* (383-419). London: Routledge.
14. Clark, S. E., & Goldney, R. D. (2000). The Impact of Suicide on Relatives and Friends. In K. Hawton, & K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (467-484). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
15. Conway, M. A. (1992). A Structural Model of Autobiographical Memory. In M. A. Conway (Ed.), *Cognitive Models of Memory* (167-193). Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
16. Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53, 594-628.
17. Conway, M. A., & Jobson, L. (2012). On The Nature of Autobiographical Memory. In D. Berntsen, & D. C. Rubin (Eds.), *Understanding Autobiographical Memory: Theories and Approaches* (54-69). Cambridge: Cambridge University Press.

18. Conway, M. A., & Pleydel-Pearce, C. W. (2000). The Construction of Autobiographical Memories in the Self-Memory System. *Psychological Review*, 107, 261-288.
19. Conway, M. A., Singer, J. A., & Tagini, A. (2004). The Self and Autobiographical Memory: Correspondence and Coherence. *Social Cognition*, 22, 491-529.
20. D'Argembeau, A., Comblain, C., & Van der Linden, M. (2003). Phenomenal Characteristics of Autobiographical Memories for Positive, Negative, and Neutral Events. *Applied Cognitive Psychology*, 17, 281-294.
21. Debeer, E., Hermans, D., & Raes, F. (2009). Associations between components of rumination and autobiographical memory specificity as measured by Minimal Instructions Autobiographical Memory Test. *Memory*, 17, 892-903.
22. Dijkstra, K., & Kaup, B. (2005). Mechanisms of autobiographical memory retrieval in younger and older adults. *Memory & Cognition*, 33, 811-820.
23. Evans, J., Williams, J. M. G., O'Loughlin, S., & Howells, K. (1992). Autobiographical memory and problem-solving strategies of parasuicide patients. *Psychological Medicine*, 22, 399-405.
24. Eysenck, M. W., & Keane, M. T. (2008). *Kognitivní psychologie*. Praha: Academia.
25. Felner, R. D., Adan, A. M., & Silverman, M. M. (1992). Risk Assessment and Prevention of Youth Suicide in Schools and Education Contexts. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and Prediction of Suicide* (420-497). London: The Guilford Press.
26. Fitzgerald, J. M., & Broadbridge, C. L. (2012). Theory and Research in Autobiographical Memory: A Life-span Developmental Perspective. In D. Berntsen, & D. C. Rubin (Eds.), *Understanding Autobiographical Memory: Theories and Approaches* (245-266). Cambridge: Cambridge University Press.

27. Gask, L, & Morriss, R. (2003). Assessment and immediate management of people at risk of harming themselves. *Psychiatry*, 5, 266-270.
28. Grad, O. (2005). Suicide survivorship: an unknown journey from loss to gain – from individual to global perspective. In K. Hawton (Ed.), *Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour* (351-369). Oxford: Oxford University Press.
29. Hawton, K. (2005). Psychosocial treatments following attempted suicide: evidence to inform clinical practice. In K. Hawton (Ed.), *Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour* (197-219). Oxford: Oxford University Press.
30. Henden, J. (2008). *Preventing Suicide: The Solution Focused Approach*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
31. Hermans, D., de Decker, A., de Peuter, S., Raes, F., Eelen, P., & Williams, J. M. G. (2008). Autobiographical Memory Specificity and Affect Regulation: Coping with a Negative Life Event. *Depression and Anxiety*, 25, 787-792.
32. Hermans, D., Vandromme, H., Debeer, E., Raes, F., Demyttenaere, K., Brunfaut, E. et al. (2008). Overgeneral autobiographical memory predicts diagnostic status in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 668-677.
33. Holland, A. C., & Kensinger, E. A. (2010). Emotion and autobiographical memory. *Physics of Life Reviews*, 7, 88-131.
34. Hyman, I. E., & Faries, J. M. (1992). The Functions of Autobiographical Memory. In M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler, & W. A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical Perspectives on Autobiographical Memory* (207-221). Dordrech: Kluwer Academic Publishers.
35. Chehil, S., & Kutcher, S. (2012). *Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

36. Jenkins, R., & Singh, B. (2000). General Population Strategies of Suicide Prevention. In K. Hawton, & K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (597-615). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
37. Joiner, T. E. (2010). *Myths about Suicide*. London, England: Harvard University Press.
38. Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., & Rudd, M. D. (2009). *The Interpersonal Theory of Suicide: Guidance for Working with Suicidal Clients*. Washington, DC: American Psychological Association.
39. Koutek, J., & Kocourková, J. (2003). *Sebevražedné chování*. Praha: Portál.
40. Lahey, B. B. (1995). *Psychology: An Introduction*. Madison, Wisconsin: Brown & Benchmark Publishers.
41. Larsen, S. F. (1992). Personal Context in Autobiographical and Narrative Memories. In M. A. Conway (Ed.), *Cognitive Models of Memory* (53-71). Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
42. Látalová, K., Kamarádová, D., & Praško, J. (2015). *Suicidalita u psychických poruch*. Praha: Grada.
43. Leist, A. K., Ferring, D., & Filipp, S-H. (2010). Remembering Positive and Negative Life Events: Associations with Future Time Perspective and Functions of Autobiographical Memory. *GeroPsych*, 23, 137-147.
44. Lester, D. (1994). A Comparison of 15 Theories of Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 80-88.
45. Levine, L. J., Lench, H. C., & Safer, M. A. (2009). Functions of Remembering and Misremembering Emotion. *Applied Cognitive Psychology*, 23, 1059-1075.
46. Linton, M. (1986). Ways of searching and the contents of memory. In D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical Memory* (50-67). Cambridge: Cambridge University Press.

47. Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
48. Maris, R. W. (1992). Overview of the Study of Suicide Assessment and Prediction. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and Prediction of Suicide* (3-22). London: The Guilford Press.
49. McLaughlin, C. (2007). *Suicide-Related Behaviour – Understanding, Caring and Therapeutic Responses*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
50. Nelson, K. (2003). Narrative and Self, Myth and Memory: Emergence of the Cultural Self. In R. Fivush, & C. A. Haden, *Autobiographical Memory and the Construction of a Narrative Self* (3-28). London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
51. O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A Nomenclature for Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 237-252.
52. Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation With Clinical and Nonclinical Samples. *Assessment*, 8, 443-454.
53. Pillemer, D. B., & Kuwabara, K. J. (2012). Directive Functions of Autobiographical Memory: Theory and Method. In D. Berntsen, & D. C. Rubin (Eds.), *Understanding Autobiographical Memory: Theories and Approaches* (181-201). Cambridge: Cambridge University Press.
54. Pollock, L. R., & Williams, J. M. G. (2001). Effective Problem Solving in Suicide Attempters Depends on Specific Autobiographical Recall. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 386-396.

55. Preiss, M., & Vacíř, K. (1999). *Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé BDI – II, příručka*. Brno: Psychodiagnostika, s. r. o.
56. Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G., Demyttenaere, K., Sabbe, B., Pieters, G., et al. (2005). Reduced specificity of autobiographical memory: A mediator between rumination and ineffective social problem-solving in major depression?. *Journal of Affective Disorders*, 87, 331-335.
57. Range, L. M. (2005). No-Suicide Contracts. In R. I. Yufit, & D. Lester (Eds.), *Assessment, Treatment, and Prevention of Suicidal Behavior* (181-203). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
58. Rasmussen, A. S., & Berntsen, D. (2010). Personality traits and autobiographical memory: Openness is positively related to the experience and usage of recollections. *Memory*, 18, 774-786.
59. Ringel, E. (1976). The Presuicidal Syndrome. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 6, 131-149.
60. Robinson, J. A., & Swanson, K. L. (1990). Autobiographical Memory: The Next Phase. *Applied Cognitive Psychology*, 4, 321-335.
61. Rothberg, J. M., & Geer-Williams, C. (1992). A Comparison and Review of Suicide Prediction Scales. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and Prediction of Suicide* (202-217). London: The Guilford Press.
62. Rubin, D. C. (2012). The Basic Systems Model of Autobiographical Memory. In D. Berntsen, & D. C. Rubin (Eds.), *Understanding Autobiographical Memory: Theories and Approaches* (11-32). Cambridge: Cambridge University Press.
63. Rubin, D. C., & Wenzel, A. (2005). Autobiographical Memory Tasks: Six Common Methods. In A. Wenzel, & D. C. Rubin (Eds.), *Cognitive Methods and Their Application to Clinical Research* (215-217). Washington, DC: American Psychological Association.

64. Rubin, D. C., Wetzler, S. E., Nebes, R. D. (1986). Autobiographical memory across the lifespan. In D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical Memory* (202-221). Cambridge: Cambridge University Press.
65. Rudd, M. D., Mandrusiak, M., & Joiner, T. E. (2006). The Case Against No-Suicide Contracts: The Commitment to Treatment Statement as a Practice Alternative. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62, 243-251.
66. Segal, D. L. (2001). Levels of Knowledge About Suicide Facts and Myths Among Younger and Older Adults. *Clinical Gerontologist*, 22, 71-80.
67. Shneidman, E. (1992). A Conspectus of the Suicidal Scenario. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and Prediction of Suicide* (50-64). London: The Guilford Press.
68. Shneidman, E. (2009). Suicide as Psychache. In M. Malikow (Ed.), *Suicidal Thoughts: Essays on Self-Determined Death* (49-52). Plymouth, UK: Hamilton Books.
69. Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007a). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 248-263.
70. Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007b). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 264-277.
71. Simon, R. I. (2004). *Assessing and Managing Suicide Risk: Guidelines for Clinically Based Risk Management*. London, England: American Psychiatric Publishing, Inc.
72. Sumner, J. A., Griffith, J. W., & Mineka, S. (2011). Examining the mechanisms of overgeneral autobiographical memory: Capture and rumination, and impaired executive control. *Memory*, 19, 169-183.

73. Sutin, A. R. (2008). Autobiographical memory as a dynamic proces: Autobiographical memory mediates basic tendencies and characteristic adaptations. *Journal of Research in Personality*, 42, 1060-1066.
74. Sutin, A. R., & Gillath, O. (2009). Autobiographical Memory Phenomenology and Content Mediate Attachment Style and Psychological Distress. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 351-364.
75. Švancara, J. (2003). *Strategie zvládání stresu – SVF 78*. Praha: Testcentrum.
76. Träskman-Bendz, L., & Westrin, Å. (2001). Stress and Suicidal Behaviour. In K. van Heeringen (Ed.), *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process, Approach to Research, Treatment and Prevention* (40-53). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
77. Van Heeringen, K. (2001). Towards a Psychobiological Model of the Suicidal Process. In K. van Heeringen (Ed.), *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process, Approach to Research, Treatment and Prevention* (136-159). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
78. Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117, 575-600.
79. Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner, T. E. (2008). Suicidal Desire and the Capability for Suicide: Tests of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior Among Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 72-83.
80. Viewegh, J. (1996). *Sebevražda a literatura*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.

81. Wetzler, S. E., & Sweeney, J. A. (1986). Childhood amnesia: an empirical demonstration. In D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical Memory* (191-201). Cambridge: Cambridge University Press.
82. Wessel, I., Meeren, M., Peeters, F., Arntz, A., & Merckelbach, H. (2001). Correlates of autobiographical memory specificity: the role of depression, anxiety and childhood trauma. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 409-421.
83. Williams, H. L, Conway, M. A., & Cohen, G. (2008). Autobiographical Memory. In G. Cohen, & M. A. Conway (Eds.), *Memory in the Real World* (21-90). Hove: Psychology Press.
84. Williams, J. M. G. (1995). Depression and the specificity of autobiographical memory. In D. C. Rubin (Ed.), *Remembering our past* (244-267). Cambridge: Cambridge University Press.
85. Williams, J. M. G. (2006). Capture and rumination, functional avoidance, and executive control (CaRFAX): Three processes that underlie overgeneral memory. *Cognition and Emotion*, 20, 548-568.
86. Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E. et al. (2007). Autobiographical Memory Specificity and Emotional Disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122-148.
87. Williams, J. M. G., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical Memory in Suicide Attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144-149.
88. Williams, J. M. G., & Dritschel, B. H. (1988). Emotional Disturbance and the Specificity of Autobiographical Memory. *Cognition and Emotion*, 2, 221-234.
89. Williams, J. M. G., Ellis, N. C., Tyers, C., Healy, H., Rose, G., & MacLeod, A. (1996). The specificity of autobiographical memory and imageability of the future. *Memory and Cognition*, 24, 116-125.

90. Williams, J. M. G., & Pollock, L. R. (2001). Psychological Aspects of the Suicidal Process. In K. van Heeringen (Ed.), *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process, Approach to Research, Treatment and Prevention* (76-93). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
91. Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1997). *Cognitive Psychology and Emotional Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
92. Worchel, D., & Gearing, R. E. (2010). *Suicide Assessment and Treatment: Empirical and Evidence-Based Practices*. New York: Springer Publishing Company.
93. Wright, D., & Gaskell, G. (1992). The Construction and Function of Vivid Memories. In M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler, & W. A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical Perspectives on Autobiographical Memory* (275-292). Dordrech: Kluwer Academic Publishers.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Suicidal Behavior Questionnaire – Revised (SBQ-R) – Dotazník suicidálního chování – revize, česká verze

Příloha č. 2: Projekt výzkumu

Příloha č. 3: Dopis od etické komise PNB

Příloha č. 4: Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Příloha č. 5: Korelační analýza

Příloha č. 1: Suicidal Behavior Questionnaire – Revised (SBQ-R) – Dotazník suicidálního chování – revize, česká verze

Dotazník suicidálního chování - Revize (SBQ-R)

Identifikační číslo: Pohlaví: muž žena Věk:

Instrukce: U každé otázky prosím zaškrtněte číslo nebo výrok, který Vás nejlépe vystihuje.

1. Myslel/a jste někdy na to, že se zabijete, nebo jste se pokusil/a zabít?

(Zaškrtněte pouze jednu odpověď):

1 = Nikdy

2 = Byla to jen **krátká** prchavá myšlenka.

3a = Alespoň jednou jsem **měl/a plán**, že se zabiji, ale **nepokusil/a** jsem se o to.

3b = Alespoň jednou jsem **měl/a plán**, že se zabiji a opravdu jsem chtěl/a zemřít.

4a = **Pokusil/a** jsem se zabít, ale **nechtěl/a** jsem zemřít.

4b = **Pokusil/a** jsem se zabít a opravdu jsem si přál/a zemřít.

2. Jak často jste za poslední rok přemýšlel/a, že byste se mohl/a zabít?

(Zaškrtněte pouze jednu odpověď):

1 = Nikdy

2 = Zřídka (1x)

3 = Někdy (2x)

4 = Často (3x - 4x)

5 = Velmi často (5x a více)

3. Řekl/a jste někdy někomu, že spácháte sebevraždu, nebo že byste ji mohl spáchat?

(Zaškrtněte pouze jednu odpověď):

1 = Ne

2a = Ano, jednou, ale **nechtěl/a** jsem opravdu zemřít.

2b = Ano, jednou a opravdu jsem to chtěl/a udělat.

3a = Ano, vícekrát než jednou, ale **nechtěl/a** jsem to udělat.

3b = Ano, vícekrát než jednou a opravdu jsem to chtěl/a udělat.

4. Jak pravděpodobné je, že se někdy pokusíte o sebevraždu?

(Zaškrtněte pouze jednu odpověď):

0 = Nikdy

1 = Vůbec žádná šance

2 = Dost nepravděpodobné

3 = Nepravděpodobné

4 = Pravděpodobné

5 = Dost pravděpodobné

6 = Velmi pravděpodobné

5. Kolikrát jste se ve svém životě pokoušel/a o sebevraždu?

(Zaškrtněte pouze jednu odpověď):

0 = Nikdy

1 = 1x

2 = 2x a více

Příloha č. 2: Projekt výzkumu

Projekt výzkumu pro empirickou část diplomové práce (DP)

Název: *Autobiografická paměť u lidí po suicidálním pokusu*

Vedoucí práce: PhDr. Katarína Loneková, Ph.D. (roz. Komadová)

V diplomové práci se zabývám schopností vybavit si autobiografické vzpomínky. Nezaměřuji se primárně na motivy, nebo vzpomínky na sebevražedný pokus, ale obecnými autobiografickými vzpomínkami a schopností vybavit si je u lidí se suicidálním pokusem v anamnéze.

Moje empirická část je založena na poznatcích z výzkumu prof. J. M. G. Williamse a K. Broadbenta z roku 1986. Od té doby bylo v odborných publikacích prezentováno několik modifikovaných výzkumů, které se zabývají autobiografickou pamětí u specifické populace, a to včetně suicidálních jedinců.

Cíle DP

V mé diplomové práci bych rád ověřil výsledky výzkumu prof. Williamse v našem prostředí. Zařazením dalších výzkumných otázek bych zejm. rád zmapoval, zda se sledované proměnné mění v čase. V neposlední řadě je cílem DP připravit půdu pro další výzkum, který bych rád provedl v rámci rigorozní, či dizertační práce.

Vzorek Do výzkumu budou zařazeni lidé starší 18 let, kteří jsou hospitalizováni po suicidálním pokusu, k němuž došlo max. 1 – 3 měsíce před administrováním metod výzkumu. Do vzorku nelze zahrnout osoby v akutní fázi psychotického onemocnění a osoby s deteriorací paměti (resp. kognitivních funkcí).

Srovnávací skupinou budou lidé bez suicidálního pokusu v anamnéze.

Metody

- upravený test autobiografické paměti (Autobiographical Memory Test, AMT),
- Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI - II),
- dotazník na Strategie zvládání stresu (SVF 78),
- dotazník Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ-R).

Postup

Každý proband vyplní dotazníky a podstoupí AMT, který se skládá ze 14 tabulí, na kterých je vytištěno podnětové slovo (12 emočně zabarvených slov; 6 pozitivních a 6 negativních; + 2 neutrální, zácvikové) a je koncipován následovně:

- a) proband je informován o tom, co je to autobiografická vzpomínka a experimentátorem je představena na jednom z neutrálních slov, kdy společně s probandem produkují jednu dvě vzpomínky. Následuje prezentace druhého neutrálního slova, na které však již produkuje vzpomínky proband sám,
- b) po ujištění, že proband všemu rozumí, se přistupuje k prezentaci 14 testových tabulí. Na každé slovo musí proband v rámci 1 min. vyprodukovat co největší množství a nejvíce konkrétních autobiografických vzpomínek (přesně definovaná skupina vzpomínek), které v něm vyvolává dané podnětové slovo,
- c) pokud není proband schopen na prezentované slovo spontánně produkovat vzpomínky, je povzbuzován experimentátorem. V případě, že vyprodukuje vzpomínku, kterou nelze zahrnout do definice autobiografické vzpomínky, je experimentátorem na toto upozorněn a podpořen v produkování autobiografických vzpomínek.

Probandi dále vyplní předložené dotazníky dle postupu administrace v jednotlivých manuálech.

Cíl výzkumu

V tomto výzkumu bych rád našel odpovědi na následující výzkumné otázky:

- jak se liší latence v odpovědích u jednotlivých skupin (výzkumný vzorek a srovnávací skupina),
- jak se liší latence v odpovědích v souvislosti s emočním nábojem slova,
- jak se liší počet vyprodukovaných vzpomínek u jednotlivých skupin (výzkumný vzorek a srovnávací skupina),
- zda dochází k většímu zobecňování (nekonkrétní vzpomínky) u skupiny se suicidálním pokusem než u srovnávací skupiny,
- zda se liší latence v odpovědích v závislosti na době od suicidálního pokusu (srovnáním s výsledky ostatních výzkumů, zejm. s původním výzkumem).

Příloha č. 3: Dopis od etické komise PNB



PSYCHIATRICKÁ
NEMOCNICE
BOHNICE

Etická komise

Jan Dobiášovský
student jednooborové psychologie
Filosofická fakulta
University Karlovy v Praze
honza.dobiasovsky@atlas.cz
724 874 100

Váš dopis zn.

Naše značka

Vyřizuje/telefon

Praha

420284016141

23.3. 2016

Věc: **Žádost o umožnění sběru dat**

Etická komise PN Bohnice vyslovila **souhlas** s projektem diplomové práce „**Autobiografická paměť u lidí po suicidálním pokusu**“, jednooborová psychologie, Filosofická fakulta University Karlovy v Praze, vedoucí práce: PhDr. Katarína Loneková, Ph.D. (roz. Komadová).

Etická komise žádost posoudila a schválila

MUDr. Richard Krombholz
Předseda etické komise PL Bohnice

Mgr. Jan Pomykacz v.z.
tajemník etické komise

Psychiatrická nemocnice Bohnice
Ústavní 91
181 02 Praha 8 – Bohnice

Psychiatrická nemocnice Bohnice_Ústavní 91_181 02 Praha 8

Tel.: +420 284 016 111_Fax: +420 284 016 595_www.bohnice.cz

Bankovní spojení: Komerční banka a.s._16434081/0100_IČ: 00064220_DIČ: CZ00064220

Příloha č. 4: Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Informovaný souhlas účastníka výzkumu pro účely diplomové práce

Název diplomové práce: *Autobiografická paměť u lidí po suicidálním pokusu*

Diplomant: Jan Dobiášovský, student psychologie, FF UK

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Katarína Loneková, Ph. D.

Diplomová práce se zabývá zkoumáním osobní zkušenosti u lidí, kteří se pokusili o sebevraždu.

Každý účastník vyplní 3 dotazníky a podstoupí Test autobiografické paměti, u kterého bude pořízen zvukový záznam odpovědí. Tento záznam slouží pro přesnější analýzu odpovědí. Mezi dotazníky patří:

- Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI - II),
- dotazník na Strategie zvládání stresu (SVF 78),
- dotazník Suicidálního chování - Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ-R).

Každý z účastníků obdrží unikátní kód a jeho/její jméno nebude nikde uvedeno. Veškerá data získaná z uvedených metod budou uchována na bezpečném místě a zvukový záznam bude kódovaný šifrovacím programem. Po přepsání zvukového záznamu do textové podoby dojde ke smazání zvukového záznamu. Cílem je zachování naprosté anonymity.

Data a výsledky výzkumu budou použity pro výzkumnou část diplomové práce, příp. pro další odbornou a publikační činnost.

.....

Jan Dobiášovský

Souhlasím tímto s účastí ve výzkumu pro diplomovou práci s názvem „*Autobiografická paměť u lidí po suicidálním pokusu*“ a se zpracováním dat získaných z uvedených metod.

V dne

.....

podpis

Příloha č. 5: Korelační analýza

	3	7	81	82	83	84	85	86	87	88	89	91	95	96	97	98	99	100	101	102	103
3 věk	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-0,3310 x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7 počet dnů od pokusu (jen S skupina)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	0,0387 x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
81 suma poz. obecných ABV	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
82 suma poz. celkem	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
83 podíl obec. ABV poz.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
84 suma neg. obec. ABV	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
85 suma neg. celkem	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
86 podíl obec. ABV neg.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
87 suma poz. + neg. celkem	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
88 podíl poz. celkem	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
89 BDI - II	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
91 SBQ-R	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
95 SVF 78 t-skór poz.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
96 SVF 78 t-skór neg.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
97 průměr latencí ABV poz.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
98 průměr latencí ABV neg.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
99 průměr latencí ABV celkem	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
100 suma poz. ABV	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
101 suma neg. ABV	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
102 suma ABV poz. + neg.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
103 podíl obec. ABV celkem	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Vysvětlivky: obec. = obecný, ABV = autobiografická vzpomínka, poz. = u pozitivně zabarvených slov, neg. = u negativně zabarvených slov.